REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 28 agosto 2008 - Deliberazione N. 1370 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria – **Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2007.**

PREMESSO che:

- il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008, approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti, sociali e civili, in ambito sanitario e prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Intesa del 23 marzo 2005 ai sensi dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN.
- l'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del comma 34 bis del medesimo articolo, di specifici progetti.
- con l'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 1 agosto 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, sono state individuate nell'allegato A, le seguenti linee progettuali per l'utilizzo nel 2007, da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, dei fondi di cui al summenzionato articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 :

    - cure primarie;
    - la salute della donna e del neonato;
    - aggiornamento del personale;
    - reti assistenziali;
    - governo clinico;
    - liste di attesa;
    - piano nazionale di prevenzione;
    - linee progettuali individuabili dalle singole Regioni.

CONSIDERATO che:

- nella seduta del 1° agosto 2007, la Conferenza Stato-Regioni ha sancito, inoltre, l'Intesa sulla proposta del Ministro della Salute di assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione, per l'anno 2007, degli obiettivi individuati nel PSN 2006-2008, con cui è stato stanziato per la Regione Campania un importo pari a € 132.190.980,00;
- il suddetto Accordo prevede che ciascun progetto, ai fini dell'erogazione di quanto stanziato, debba essere corredato di un prospetto in cui siano evidenziati:
    - gli obiettivi che si intendono conseguire;
    - i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
    - i costi connessi;
    - gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'investimento proposto,
- è stato convenuto che a fine anno, per ogni progetto finanziato, dovrà essere presentato un consuntivo che evidenzi il rispetto delle previsioni e le ragioni degli eventuali scostamenti. Per gli eventuali progetti di durata pluriennale il documento di budget iniziale dovrà indicare le previsioni anno per anno e quelle finali e il consuntivo annuale dovrà indicare le azioni messe in campo per correggere, negli anni successivi, gli scostamenti eventualmente emersi;

- l'Accordo, infine, stabilisce che i progetti predisposti nell'ambito delle suelencate linee progettuali siano inviati al Ministro della Salute per la valutazione in ordine all'ammissibilità al finanziamento e per il successivo inoltro alla Conferenza Stato-Regioni e che l'erogazione dei fondi avvenga a seguito di approvazione dei progetti da parte di quest'ultima e della conseguente deliberazione del CIPE;
- con decreto del Ministero della Salute 10.7.2007 pubblicato nella G.U del 10.10.2007 recante "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano", di attuazione dell'art. 1, commi 805-807, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 - legge finanziaria 2007 – è stato disciplinato l'accesso al fondo, istituito dalla legge stessa e ammontante a 60,5 milioni di Euro, per il cofinanziamento di progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale. Il suddetto decreto prevede il cofinanziamento di progetti che, con riferimento alla sperimentazione del modello assistenziale case della salute, a iniziative per la salute della donna e a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato, alle malattie rare e all'implementazione della rete delle unità spinali unipolari, presentino, nell'ambito dei progetti elaborati ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni dell'1 agosto 2007, progettualita' specifiche coerenti con le linee indicate nell'allegato A del decreto medesimo;
- tra gli obiettivi della programmazione regionale rientra, nell'ambito delle malattie rare, la realizzazione di iniziative che sono conformi alle linee di cui al succitato allegato A del decreto ministeriale 10.7.2007: sviluppo, nella rete dei servizi regionali, di percorsi e piani assistenziali per soggetti con malattie rare e condivisione tra Regioni di percorsi assistenziali e buone prassi attraverso l'utilizzo di un unico sistema informatizzato per la gestione della presa in carico di soggetti con malattie rare;
- in conformità alle linee progettuali di cui all'Accordo Stato – Regioni dell'1.08.07, i competenti uffici regionali hanno provveduto alla predisposizione dei sottoelencati progetti che allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante:

1. Casa della Salute. Sviluppo di modello organizzativo per le cure primarie – Percorso di facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie – Linea progettuale 1 – All. A
2. Salute della donna e del neonato – Iniziative a favore delle gestanti, delle partorienti e del neonato – Linea progettuale 2 – All. B
3. Promozione di pratiche assistenziali basate sulle evidenze scientifiche per promuovere l'allattamento al seno – Linea progettuale 2 – All. C
4. Prevenzione dei rischi comportamentali degli adolescenti (bullismo, condotte alimentari e salute riproduttiva) Linea progettuale 2 – All. D
5. Interventi precoci centrati sul coinvolgimento delle famiglie per prevenire e/o ridurre i danni di bambini con diverse disabilità congenite – Linea progettuale 2 – All. E
6. Progetto regionale per la prevenzione dei disturbi della menopausa e climaterio – Linea progettuale 2 – All. F
7. Miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali finalizzate ad una idonea applicazione della Legge 194/78 – Linea progettuale 2 – All. G
8. Progetto "IN – CULTURA" – Interventi integrati di prevenzione e formazione/informazione sulla salute degli stranieri temporaneamente presenti sul nostro territorio – Linea progettuale 2 – All. H
9. Miglioramento dell'outcome dei neonati trasportati dal servizio di trasporto neonatale di emergenza in Campania Linea progettuale 2 – All. I
10. Aggiornamento del personale operatori sanitari: Progetto Robinson (Implementazione Health Technology Assestement in Sanità) – Linea progettuale 3 – All. L
11. Sviluppo nella rete dei servizi regionali di percorsi e piani assistenziali per soggetti con malattie rare. Condivisioni tra regioni di percorsi assistenziali e buone prassi attraverso l'utilizzo di un unico sistema informatizzato per la gestione della presa in carico dei soggetti con malattie rare – Linea progettuale 4 – All. M
12. Realizzazione di una rete regionale afferente alle unità spinali per l'assistenza al paziente mieloleso e cerebroleso – Linea progettuale 4 – All N

13 Progetto regionale per lo sviluppo di strumenti utili al governo clinico e alla gestione del rischio – Linea progettuale 5 – All. O
14 Progetto SANIARP Campania on-line – Linea progettuale 5 – All. P
15 Piano regionale contenimento dei tempi di attesa per il biennio 2007/2008 – Linea progettuale 6 – All. Q
16 Reti assistenziali: Potenziamento della rete delle cure oncologiche domiciliari" – Linea progettuale 7 – All. R
17 Potenziamento della rete integrata Ospedale – territori nella Regione Campania per la prevenzione e terapia delle MST/HIV negli immigrati stranieri – Linea progettuale 7 – All. S.
18 Realizzazione di una lista di attività unica e di un sistema di monitoraggio per il controllo di gestione per i dipartimenti di prevenzione delle AA.SS.LL. della Campania – Linea progettuale 7 – All. T

- Il progetto di cui all'allegato M, approvato con D.G.R.C. n. 1229 del 18/07/2008, è stato predisposto anche in coerenza con le linee progettuali di cui al citato allegato A del decreto 10.7.2007 del Ministero della Salute al fine di accedere al cofinaziamento previsto dall'art. 1, comma 806, lett. c) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 – legge finanziaria 2007.

DATO ATTO che:

- la Giunta Regionale della Campania ha approvato con la Deliberazione n. 1133 del 20.08.2005, in attuazione dell'intesa Stato Regioni del 23/03/2005, art. 4 comma 1 lett. E, il Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005/2007, il cui finanziamento pari ad euro 23.837.922,00 è stato vincolato sulle risorse per gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per ciascun degli anni 2005,2006, 2007;
- dalla disponibilità finanziaria per i progetti di cui al presente provvedimento va decurtato l'importo vincolato per la realizzazione del Piano regionale della prevenzione e pertanto le risorse per i residui ammontano a euro 108.353.058,00;

RITENUTO:

- di dover approvare il riparto delle risorse vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 a valere sul FNS 2007, per complessivi euro 107.887.385,46 tra le otto linee progettuali così come di seguito specificato:

1	cure primarie:	€ 6.178.743,46
2	la salute della donna e del neonato:	€ 34.500.000,00
3	aggiornamento del personale:	€ 9.000.000,00
4	reti assistenziali:	€ 4.787.440,00
5	governo clinico:	€ 25.000.000,00
6	liste di attesa:	€ 14.921.202,00
7	linee progettuali individuabili dalle singole Regioni:	€ 14.500.000,00

- di approvare, altresì i sopra elencati progetti allegati, da inoltrare al Ministero della Salute per il seguito di competenza, ai sensi dell'accordo 1 agosto 2007 incaricando il Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria di provvedere all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti comprese eventuali modifiche ed integrazioni di carattere tecnico ai progetti, richieste dal Ministero della Salute in sede di esame dei medesimi;
- di chiedere al Ministero della Salute per il progetto di cui all'allegato M, l'accesso al coofinanziamento così come previsto dalla legge finanziaria 2007 per un importo di euro 2.574.880,87.

Propone e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

- di approvare il riparto delle risorse vincolate, pari a € 107.887.385,46 di cui all'allegato sub A dell'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 1.8.2007, assegnate alla Regione Campania per l'elaborazione di specifici progetti, ai sensi dell'art.1, comma 34 bis, della legge 23 di-

cembre 1996, n. 662, nell'ambito delle 8 linee prioritarie individuate dall' Accordo Stato - Regioni dell'1 agosto 2007, secondo gli importi di seguito indicati:

1	cure primarie	€ 6.178.743,46
2	la salute della donna e del neonato	€ 34.500.000,00
3	aggiornamento del personale:	€ 8.000.000,00
4	reti assistenziali:	€ 4.787.440,00
5	governo clinico:	€ 25.000.000,00
6	liste di attesa:	€ 14.921.202,00
7	linee progettuali individuabili dalle singole Regioni:	€ 14.500.000,00

- di approvare i seguenti progetti che, allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

1. Casa della Salute. Sviluppo di modello organizzativo per le cure primarie – Percorso di facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie – Linea progettuale 1 – All. A
2. Salute della donna e del neonato – Iniziative a favore delle gestanti, delle partorienti e del neonato – Linea progettuale 2 – All. B
3. Promozione di pratiche assistenziali basate sulle evidenze scientifiche per promuovere l'allattamento al seno – Linea progettuale 2 – All. C
4. Prevenzione dei rischi comportamentali degli adolescenti (bullismo, condotte alimentari e salute riproduttiva) Linea progettuale 2 – All. D
5. Interventi precoci centrati sul coinvolgimento delle famiglie per prevenire e/o ridurre i danni di bambini con diverse disabilità congenite – Linea progettuale 2 – All. E
6. Progetto regionale per la prevenzione dei disturbi della menopausa e climaterio – Linea progettuale 2 – All. F
7. Miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali finalizzate ad una idonea applicazione della Legge 194/78 – Linea progettuale 2 – All. G
8. Progetto "IN – CULTURA" – Interventi integrati di prevenzione e formazione/informazione sulla salute degli stranieri temporaneamente presenti sul nostro territorio – Linea progettuale 2 – All. H
9. Miglioramento dell'outcome dei neonati trasportati dal servizio di trasporto neonatale di emergenza in Campania Linea progettuale 2 – All. I
10. Aggiornamento del personale operatori sanitari Progetto Robinson (Implementazione Health Technology Assestement in Sanità) – Linea progettuale 3 – All. L
11. Sviluppo nella rete dei servizi regionali di percorsi e piani assistenziali per soggetti con malattie rare. Condivisioni tra regioni di percorsi assistenziali e buone prassi attraverso l'utilizzo di un unico sistema informatizzato per la gestione della presa in carico dei soggetti con malattie rare – Linea progettuale 4 – All. M
12. Realizzazione di una rete regionale afferente alle unità spinali per l'assistenza al paziente mieloleso e cerebroleso – Linea progettuale 4 – All N
13. Progetto regionale per lo sviluppo di strumenti utili al governo clinico e alla gestione del rischio – Linea progettuale 5 – All. O
14. Progetto SANIARP Campania on-line – Linea progettuale 5 – All. P
15. Piano regionale contenimento dei tempi di attesa per il biennio 2007/2008 – Linea progettuale 6 – All. Q
16. Reti assistenziali: Potenziamento della rete delle cure oncologiche domiciliari" – Linea progettuale 7 – All. R
17. Potenziamento della rete integrata Ospedale – territori nella Regione Campania per la prevenzione e terapia delle MST/HIV negli immigrati stranieri – Linea progettuale 7 – All.S
18. Realizzazione di una lista di attività unica e di un sistema di monitoraggio per il controllo di gestione per i dipartimenti di prevenzione delle AA.SS.LL. della Campania – Linea progettuale 7 – All. T

- di trasmettere, i progetti sopraelencati al Ministero della Salute per la valutazione in ordine all'ammissibilità al finanziamento e per il successivo inoltro alla Conferenza Stato – Regioni ai sensi dell'accordo del 1 agosto 2007;
- di incaricare il Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria di provvedere all'ulteriore corso del presente provvedimento ed agli adempimenti conseguenti;
- di inviare la presente all'Area Generale di Coordinamento 19 Piano Sanitario Regionale, all'Area Generale di Coordinamento 20 Assistenza Sanitaria, al Settore Stampa. Documentazione, Informazione per la pubblicazione sul BURC.

Il Segretario
D'Elia

Il Presidente
Bassolino

REGIONE CAMPANIA

Allegato A

Assessorato alla Sanità

La Casa della Salute

Studio preliminare, analisi dei costi, delle superfici e del bacino d'utenza

INDICE

1 Introduzione **pag. 3**

1.1 Il quadro generale pag. 3

1.2 La fase programmazione pag. 9

1.3 Lo studio pag. 10

2 Aspetti economico-gestionali nel progetto delle strutture sanitarie **pag. 3**

2.1 Analisi del Valore pag. 19

2.2 La valutazione delle utilità e dei costi globali per le strutture sanitarie pag. 21

2.3 Il costo di produzione pag. 25

2.4 Il costo di gestione pag. 26

2.5 Il costo globale pag. 28

3 Analisi delle superfici **pag. 29**

4 Bacino d'utenza

1. Introduzione

1.1 Il quadro generale

Dal 1987 ad oggi il Quadro del Servizio Sanitario Nazionale è mutato in maniera rilevante, mediante, ad esempio, lo scorporo degli Ospedali dalle U.S.L., la trasformazione di questi ultimi in Aziende Autonome, il rimborso *a prestazione* e non *a giornata di degenza*, la definizione dei livelli di assistenza (Lea) secondo i criteri di *appropriatezza* delle prestazioni, la questione della libera professione *intramoenia*, l'equiparazione tra pubblico e privato, fino ad approdare alle nuove tendenze di programmazione sanitaria.

Pertanto in maniera consequenziale sono cambiate le modalità di approccio, di indirizzo ed atteggiamenti in relazione a temi rilevanti quali l'organizzazione di tipo dipartimentale, la riduzione dei posti letto per acuti, il maggior ricorso al Day-Hospital e alle attività ambulatoriali, lo sviluppo della Day-Surgery, la maggior richiesta di camere a pagamento con comfort alberghiero, la creazione di Centri di Eccellenza, di nuove strutture di ricovero specialistico, di riabilitazione e di assistenza territoriale.

L'evoluzione legislativa di questi ultimi anni, sia nell'ambito generale dei lavori pubblici, sia nel campo specifico della sanità, ha inoltre apportato l'introduzione di nuove procedure e strategie di programmazione sanitaria, spesso differenziate a seguito della politica di "devolution" alle Regioni e della loro autonomia nell'ambito della salute.

La normativa nazionale in ambito sanitario sta superando il *gap* che ha a lungo caratterizzato il settore, sia dal punto di vista strutturale-tecnologico e organizzativo (Dpr 14/01/97 – Progetti obiettivo- Linee guida), sia per l'esigenza di un riordino dell'intera disciplina (Dlg 229 e 517/99) e per la necessità di

definire gli adeguati livelli di assistenza sanitaria (Dpcm 29/11/2001) al fine di raggiungere l'appropriatezza delle prestazioni ed evitare dispersione di risorse.

Per fronteggiare una situazione di tale complessità ed in continuo mutamento molte Regioni si stanno dotando di strumenti e metodologie di programmazione sanitaria e di normative tecniche di settore anche a fronte delle nuove esigenze di *accreditamento* delle strutture sia pubbliche che private, ma di fatto si registra ancora, specie nel sud Italia, una visibile difficoltà nella traduzione in pratica dei dettami normativi.

Tutto questo a fronte dell'obiettivo primario: la razionalizzazione della spesa del Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso.

In particolare nell'edilizia, nonostante i numerosi interventi di questi ultimi anni, c'è ancora molto da investire: lo scenario del patrimonio edilizio esistente non è ancora confortante.

Più dei due terzi degli ospedali sono stati realizzati prima degli anni sessanta (figura 1) e, comunque, risultano ancora condizionati da tipologie originarie, prevalentemente a padiglione o monoblocco, non più in grado di supportare i nuovi modelli organizzativi e funzionali e che risultano di difficile riadattamento agli schemi rispondenti ai nuovi criteri di sviluppo tipologico e morfologico, delineati dalle attuali tendenze.

Di questi edifici un'elevata percentuale è rappresentata da vecchi organismi vincolati che, sebbene rappresentino un'importante patrimonio storico, sono difficilmente adattabili, soprattutto per la scarsa flessibilità strutturale, ai nuovi standard edilizi e alle norme in materia di sicurezza se non con interventi invasivi che finiscono per alterare la valenza architettonica delle opere stesse; inoltre, la loro prevalente ubicazione all'interno dei centri storici pone rilevanti problemi di accessibilità e fruibilità rispetto al contesto cittadino.

Inoltre in alcuni contesti periferici lo scenario è ancora caratterizzato dalle cosiddette “cattedrali nel deserto”, spesso obsolete e incompiute, che hanno richiesto dagli anni novanta, innumerevoli interventi di adeguamento strutturale e tecnologico, e molte delle quali non sono mai state rese funzionanti.

Un patrimonio edilizio che necessita in prevalenza di interventi di ristrutturazione ed ampliamento, di adeguamento alle norme con impegno di risorse economiche cospicue e la cui complessità va ricollegata all’esigenza di assicurare, durante i lavori, la continuità di erogazione delle prestazioni sanitarie; un patrimonio edilizio che va inoltre “rivisitato” in funzione delle nuove strategie sanitarie di potenziamento delle strutture territoriali e di nuovi modelli organizzativi funzionali, quali, ad esempio, gli **Ospedali di Comunità**, piccole strutture in grado di soddisfare la domanda di assistenza di base con ridotti costi di gestione; in questi ultimi anni oltre la metà degli investimenti sono stati finalizzati ad interventi di ristrutturazione ed ampliamento.

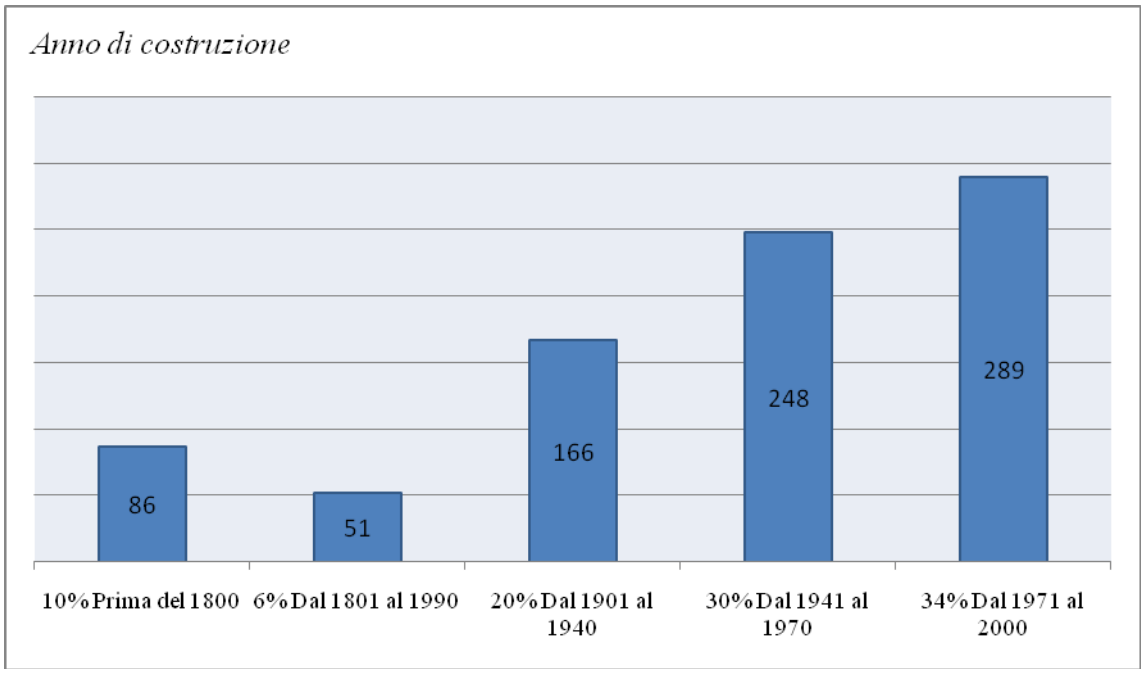


Figura 1 Istogramma degli anni di costruzione nell'edilizia sanitaria **(rielaborazione dal sole24ore del 29 ottobre 2001, n.298)**

Da un confronto parametrico riferito ad alcuni interventi recenti di edilizia ospedaliera , si è rilevato che il *costo unitario* (per unità di superficie sanitaria) delle opere di nuova realizzazione risulta uguale se non inferiore agli omologhi costi di interventi di ristrutturazione ed ampliamento. Interventi questi ultimi che richiedono *costi addizionali* per l'isolamento delle aree e le opere provvisorie e generano, complessivamente, *ulteriori oneri* per la maggior durata del periodo di esecuzione dei lavori, acuiti dalla difficoltà, per le Aziende di gestire situazioni complesse, in un quadro legislativo e procedurale articolato e per molti aspetti rigido che richiede alle Amministrazioni la padronanza di metodologie e strumenti di gestione del processo che viene attivato dall'emergere dell'esigenza costruttiva.

Nella programmazione degli interventi in sanità bisogna considerare tutto ciò al fine di ottimizzare le risorse finanziarie e garantire servizi sanitari adeguati secondo prestabiliti *indicatori* di qualità.

Le Aziende, d'altra parte sono diventate delle "società di servizio" e devono fornire prestazioni di qualità che si traducono nell'offerta di un servizio efficace ed efficiente che investe la dignità della persona, rappresentata non solo dal paziente, ma anche dal medico e dall'operatore. Ne risultano coinvolte la cultura e la preparazione del personale, la disponibilità di strutture edilizie adeguate dal punto di vista organizzativo, funzionale, tecnologico e con un elevato grado di accoglienza.

La cultura della "qualità" è ormai l'obiettivo delle Aziende sanitarie ed in termini organizzativi si traduce in:

- Impegno formale dell'Azienda a garantire standard dichiarati di qualità del servizio (Carta dei Servizi);
- Programmazione della gestione aziendale per una cultura di "miglioramento" continuo suggerito dall'utente (Total Quality Management);
- Riorganizzazione aziendale sulla base di norme e procedure codificate e riconosciute (Certificazione della Qualità).

Il riferimento ad una cultura della "qualità" investe ovviamente anche gli aspetti legati alla gestione di iniziative costruttive, soprattutto per quanto riguarda la precisazione ed il perseguimento di obiettivi realizzativi coerenti.

In termini di intervento edilizio la "qualità" presuppone:

- Strutture aperte al territorio con dotazione di servizi collettivi (urbanità e socialità);
- Spazi per l'integrazione dell'intero processo di assistenza (interattività con i servizi territoriali);
- Ambienti sicuri, confortevoli ed a misure d'uomo (umanizzazione degli spazi);

- Modelli distributivi e funzionali ad utilizzo multidisciplinare (organizzazione dipartimentale);
- Corretto dimensionamento delle aree funzionali e del loro insieme in relazione al numero delle prestazioni erogabili (appropriatezza degli spazi);
- Sicurezza ambientale, tecnico-costruttiva, impiantistica ed igienica (affidabilità);
- Spazi flessibili in grado di adattarsi a nuovi modelli funzionali e a nuove esigenze tecnologiche (innovazione).

Il raggiungimento di questi obiettivi richiede l'impegno di notevoli risorse, non solo umane e professionali, il cui reperimento appare estremamente problematico alla luce del fatto che i due terzi delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere presentano bilanci deficitari.

Per il conseguimento delle qualità degli interventi edilizi occorre un coinvolgimento diretto dell'Azienda in tutti i momenti e durante tutti i cicli attuativi del processo realizzativo, al fine di attivare e governare un flusso informativo che, attraversando ed alimentando le diverse fasi del processo, consenta di giungere ad una:

- Programmazione sanitaria mirata degli interventi, coerente e correlata alla programmazione generale e settoriale;
- Progettazione rispondente ed adeguata agli effettivi bisogni;
- Manutenzione programmata per garantire nel tempo la qualità dei beni edilizi;
- Gestione tecnica efficiente.

1.2 La fase di programmazione

Nella *fase di programmazione* il Committente assume il ruolo di polo propositivo e decisionale: da esso si origina il flusso informativo che alimenterà l'intero processo. La figura 2 schematizza come si articola il flusso informativo. Le informazioni partono da un mittente, in questo caso il Committente (fonte delle informazioni) e si traducono in specifici messaggi per i destinatari, in questo caso noi Progettisti, che attraverso canali comunicativi quali i documenti progettuali, trasformiamo gli input in output, cioè in un insieme di dati con i quali imposteremo la soluzione progettuale ma che in questa fase, permettono, al Committente il controllo del quadro esigenziale richiesto. L'obiettivo di fase è la valutazione di praticabilità e di convenienza dell'investimento, così come la qualità edilizia che si intende ottenere.

In questa fase i documenti elaborati, Studio di Fattibilità e Documento preliminare alla progettazione, sono di tipo metaprogettuale in quanto i contenuti in essi riportati, indipendentemente dalla collocazione spaziale e temporale dello specifico intervento, devono essere atti ad evidenziare e definire il "programma della qualità" dell'intervento stesso da tutti i punti di vista ed in conformità con gli obiettivi prefissati: i documenti contengono, pertanto, i parametri indispensabili a supportare l'attendibilità della proposta ed in grado, quindi, di avviare la successiva fase di progettazione.

L'oggetto dei documenti meta progettuali è il "Sistema Ospedale", cioè il complesso organico analizzato nei suoi aspetti di comportamento e funzionamento.

L'analisi delle caratteristiche di "comportamento" si basa sull'introduzione di dati riferiti ai requisiti da richiedere al sistema, tradotti in valori in grado di esprimerli (specifiche) in funzione delle risposte attese del sistema stesso (prestazioni).

Per le caratteristiche di "funzionamento", invece, i dati relativi a requisiti e prestazioni espressi possono essere supportati da schemi organizzativi-funzionali (lay-out diagrammatici) che evidenzino aspetti prevalentemente relazionali.

1.3 Lo studio

Il presente studio di fattibilità valuta la possibilità di realizzare unità polifunzionali di cure intermedie per la cronicità.

Lo studio è focalizzato verso i seguenti obiettivi ben definiti:

1. ridefinizione dei percorsi terapeutico assistenziali nell'area della cronicità;
2. definizione di percorsi diagnostici preferenziali per gli utenti più fragili;
3. utilizzazione di nuove modalità di collaborazione ed integrazione interaziendale fra Aziende ospedaliera e Aziende territoriale;
4. attivazione di un raccordo con le sperimentazioni riguardanti l'integrazione dei servizi per la cronicità, fra ospedale e territorio;
5. effettuazione di un'articolazione forte fra attività distrettuali (cure domiciliari, medicina di base e specialistica) e attività e strutture intermedie ed ospedaliere;
6. creazione di un polo di informazione e formazione per i professionisti addetti alla gestione della cronicità.

Lo studio contiene anche la specificazione dei costi di gestione e di investimento delle soluzioni prospettate. Dalle determinazioni in essa contenute prendono spunto le seguenti riflessioni che possono essere considerate dei presupposti a base delle proposte dello studio di fattibilità stesso.

Occorre creare, potenziare ed adeguare strutture e servizi per i crescenti bisogni della popolazione anziana, in particolare nell'area della post-acuzie, riabilitazione, gestione della cronicità con

dimissioni protette e difficili, riabilitazione, lungodegenze e R.S.A. e servizi di cure domiciliari – ospedalizzazione domiciliare in particolare-. Il tutto va pensato in stretto raccordo con il sistema di cure primarie, verso la costituzione di un area di servizi intermedi, fra ospedale per acuti e territorio, che si faccia carico delle complesse esigenze residenziali e domiciliari di tali pazienti, garantendo prima di tutto la continuità delle cure e la loro integrazione in una rete organizzata e gestita di prestazioni e servizi.

Circa i primi tre, cruciali, obiettivi della delibera si esprime una prima considerazione che per quanto riguarda sia l'articolazione dei percorsi terapeutici e diagnostici che l'erogazione e la gestione dei servizi di cura (siano essi prestati in ambito ospedaliero o extraospedaliero) non è opportuno che siano affrontatati nei consueti termini analitici di competenze e passaggi fra i diversi enti, unità operative.

In questa prima fase, è doveroso mettersi prima di tutto nella prospettiva del cittadino. Di chi ha seri e complessi bisogni di cure e di assistenza. In particolare di tutti quegli utenti affetti da patologie non guaribili nel breve periodo e che richiedono perciò "cure assidue e continuative". Ci si sta qui riferendo a numeri rilevanti in termini di popolazione e rilevantissimi in termini di utenti dei servizi sanitari- come di seguito sarà quantificato nella parte analitica.

Dalla parte dei cittadini quindi e nella prospettiva di "cosa oggi fa" e di cosa, domani, "potrebbe fare" chi ha un problema di "cronicità" o necessità di cure di lunga durata.

Questo "cittadino", o i famigliari che lo assistono, …desidererebbero, ovviamente, moltissimo; si accontentano però sempre del possibile; purchè questo sia chiaro, semplice, immediatamente, o a data certa, fruibile.

Chi ha pratica clinica o esperienze consolidate in organizzazione e gestione di servizi sanitari è

consapevole sia della "semplicità" della domanda sia della complessità delle risposte.

Si pospone per un attimo la complessità, rimanendo sulla "semplicità" dei bisogni reali del paziente cronico.

Questi necessita essenzialmente di:

- un punto di contatto – preferibilmente telefonico e tendenzialmente sempre disponibile - cui
- rivolgersi (Call Center);
- qualcuno che lo "riconosca" e sia informato ed aggiornato sui suoi problemi (professionalità dedicate);
- qualcuno con la competenza e le conoscenze per aiutarlo a "risolvere" il problema –emergente o di fondo che sia (percorsi appropriati e chiaramente definiti);
- qualcuno o qualcosa che lo segua con continuità evitandogli, se possibile, un eccesso di frammentazione di figure e parcellizzazione di interventi che, prima di ogni altra considerazione tecnica di appropriatezza, lo confondono e lo disorientano (certezza nei percorsi, delle responsabilità e della erogazione).
- Nell'immaginario collettivo questo qualcuno è un medico ed il luogo dove ci sono sempre medici ed a cui rivolgersi in caso di necessità per la salute è l'ospedale.

La cronicità è spesso la conseguenza dell'emergenza di una malattia importante se non semplicemente la sua espressione; il suo "percorso" nasce dall'ospedale o l'ospedale è o è stato un punto di riferimento importante nell'iter terapeutico del malato. Per questo si continuerà a chiamare "ospedale", seppure di "cure continue".

Sempre nella prospettiva dell'utente, si sottolineano questi due aspetti: la figura medica, comunque sanitaria, ed il luogo, l'Ospedale.

Questi sembrano essere due concetti cardine, al di là delle modulazioni che si possono dare loro. Ci devono essere conoscenze, competenze ed esperienza, professionisti, ed un luogo fisico, l'Ospedale, in cui tutto ciò si organizza, si concretizza e si esprime.

Non è una sottolineatura solo nominale. Per riprendere l'accenno alla semplicità delle domande del cittadino ed alla complessità delle risposte è proprio vero che dare risposta alla molteplicità dei bisogni di un paziente cronico e dare queste risposte con competenza e continuità è un problema assai complesso.

Qualche accenno, forse superfluo in questa sede, ma solo per chiarezza: il nostro utente tipo è anziano, di 70-75 o più anni con una cardiopatia cronica o gli esisti di un ictus o una malattia oncologica; con qualche altra patologia concomitante –respiratoria, uro-ginecologica, cognitiva- con autonomia limitata o nulla, spesso solo, che richiede competenze specialistiche diversificate, ha riacutizzazioni, necessita di un monitoraggio diagnostico attento e frequente, spesso necessita di assistenza infermieristica e/o sociale.

Ha bisogno di una risposta multiprofessionale –medico infermiere assistente sociale- multidisciplinare –cardiologo, fisiatra, oncologo…- questa è disponibile in istituzioni diverse – ambulatorio del Medico di medicina generale, ambulatori specialistici, di diagnostica - ematochimica o per immagini-, dell'ospedale, dei servizi di cure domiciliari, distrettuali o comunali, della R.S.A., Case di riposo, volontariato…- il tutto con procedure di accesso e di organizzazione diverse.

Sicuramente è complesso organizzare l'offerta, i percorsi ed i processi di cura, verso la grande cronicità; francamente tuttavia la polverizzazione dell'offerta attuale sembra disorientante e soprattutto fuorviante. Disorientante per il cittadino e fuorviante per i pianificatore che dovrebbe

conservare una visione sistemica dell'insieme dell'offerta verso una concezione a "Rete" dei servizi.

E' per questo motivo che, nell'elaborare un percorso efficace per il raggiungimento degli obiettivi indicati dalla delibera, è sembrato necessario recuperare un livello elementare; che riprendesse in primo piano gli "elementi" costitutivi ed i punti cardinali del sistema.

Luogo e professionalità, ospedale e competenze. Un complesso ed articolato insieme di offerte di certo esiste; non il "sistema di offerta". Ci sono i servizi, appena sopra citati ed anche le professionalità, manca "la rete organizzata dei servizi".

Manca un luogo, "una barca", in cui questa rete risieda, possa essere di volta in volta "dispiegata, gettata e ripresa" magari "riparata o resa meglio appropriata". Manca chi ne ha responsabilità sistemiche e chi ne sia l'autentico gestore. La frammentarietà e la polverizzazione dell'offerta esistente erode l'efficacia e vanifica l'efficienza delle risorse in gioco. Il presente progetto tende alla creazione del "sistema a rete di offerta" centrato però in un luogo, che sia sede di competenze e conoscenze, con chiara definizione di responsabilità e funzioni.

L'ospedale è il luogo per la gestione dell'acuzie. Forse mitizzato, forse non così efficace o efficiente, ma c'è. Lì ci sono diverse professionalità, ciascuna con competenze disciplinari diverse, che si incontrano, anche se fra mille difficoltà organizzative ma si incontrano; a livello di dipartimenti o di reparti, in senso verticale od orizzontale, con i tecnici, i fisici, i biologi o gli informatici e gli economisti: si incontrano. Vi sono gruppi di lavoro –per reparti, dipartimenti, su problemi specifici-; la "cartella" riassume e delinea il percorso terapeutico; registra e fornisce all'insieme dei curanti il "senso" della sequenza degli atti.

I malati soprattutto vi trovano l'insieme delle competenze disponibili e non sono loro, i malati, a doversele "mettere insieme", Chi vi accede è certo di trovarvi l'insieme delle professionalità e delle discipline; ed in ogni momento è certo di trovare una risposta.

Fuori dall'ospedale è tutto più complesso e frammentato. Spazi e tempi si dilatano; le istituzioni, le sedi e le organizzazioni si moltiplicano; costruire un team territoriale o una solida catena assistenziale che garantisca articolazione di competenze e continuità di cure ed interventi è purtroppo solo un'eccezione, anche eccellente in alcuni casi, ma solo un'eccezione; la regola rischia di essere disarticolazione e frammentarietà. Il medico di medicina generale, qualsiasi sia l'opinione che se ne abbia quanto ad efficacia ed efficienza della sua funzione fondamentale, non potrà mai sapere tutto, potere fare tutto ed esserci sempre. La complessità è davvero un dato di fatto.

"L'Ospedale di Cure Continue" può essere il luogo in cui sia possibile garantire l'insieme dei servizi e delle prestazioni che un Ospedale garantisce per gli eventi acuti, in cui la maggior parte delle professionalità e delle discipline utili ci siano sempre, magari anche con un buon grado di competenza specifica ed esperienza acquisita.

Questo "luogo" dovrebbe contenere competenze ed attività mediche di base, a vocazione gerontologica,di buon livello ed in grado di gestire le fasi post-acute e di stabilizzazione –sia come alternative al ricovero o ai ricoveri ripetuti che a supporto di dimissioni difficili- con una diretta presenza dei medici di medicina generale -Ospedale di comunità-.

Dovrebbe contenere le competenze riabilitative almeno nei settori a più diffusa domanda: cardio-pneumo e neurologico (salvo nicchie ulteriori). Garantire la copertura delle cure di lunga durata – lungo degenze- necessarie in alcuni particolari ma non infrequenti casi – terminalità oncologica e

non, centri del risveglio, gravi neuro-motulesioni, handicap grave e gravissimo-. Garantire la continuità fra il "dentro e fuori" con servizi avanzati di Ospedalizzazione domiciliare ed ambulatoriali polispecialistici di diagnosi e cura –in stretto e diretto collegamento con l'ospedale per acuti- e la rete distrettuale di servizi. Dovrebbe godere di una infrastruttura telematica e di telemedicina a rete che lo connetta a tutte i punti di offerta dei servizi sociosanitari così da garantire una gestione coordinata ed ordinata dei percorsi e garantire al cittadino un punto di contatto ed accesso unico e competente , capace di organizzare la risposta globale.

La creazione di questa rete è immaginabile soprattutto come "uno strumento" a disposizione delle unità distrettuali. Esse potranno avere un'informazione accurata ed aggiornata sul sistema globale delle prestazioni e dei bisogni. Solo così potranno esprimere meglio il loro ruolo di garanzia del diritto alla salute per i cittadini, realizzare la gestione dell'accesso ai servizi, garantire una distribuzione razionale dei livelli uniformi di assistenza, esercitare la direzione ed il controllo della loro erogazione e, non da ultimo, alla rete potranno essere tranquillamente allacciati i Comuni che avranno un interfaccia conoscitiva e la possibilità di una entrata diretta al sistema di accesso ai servizi ed una concreta apertura verso una loro integrazione.

I profondi cambiamenti demografici ed epidemiologici che determinano la ricerca, spesso affannosa, di nuove risposte e nuovi assetti organizzativi: la ricerca di nuove forme di "welfare di comunità", determinano anche la necessità di percorsi e processi formativi rinnovati.

Non è scontato che una dimensione gerontologica sia presente nella formazione medica di base e di molte discipline sanitarie; né lo è una sedimentata e critica accumulazione e trasmissione di esperienze connesse alla gestione della cronicità. Anche per questo identificare un "luogo" che contenga e renda disponibili il cumularsi di conoscenze e di esperienze è un obbiettivo che il

governo regionale ha indicato e che si ritiene debba trovare una sua collocazione fisica là dove saranno concentrate conoscenze e competenze.

Per quanto riguarda la collaborazione pubblico privato si esprimono alcune considerazioni su cui si andrà a sviluppare i contenuti.

Non c'è organizzazione produttiva che sopravviva senza destinare quote –spesso anche di rilievo- dei propri introiti ad investimenti. La sanità è un settore di servizi che come o più di altri è costretta a rincorrere l'innovazione scientifica e tecnologica da un lato e l'evoluzione dei bisogni di salute della società dall'altro. Le necessità di poste per investimenti sono incalzanti e di dimensioni notevoli. La congiuntura economica sia regionale che nazionale ed internazionale in questo periodo è definibile, con un certo ottimismo, di stagnazione. La ricchezza prodotta cresce, e se cresce, poco e nel quadro della competizione globale la "vecchia Europa" non fa prefigurare motivi di ottimismo, almeno nel medio periodo.

Lo stato della finanza pubblica, che da tutto questo dipende, non fa dedurre possibilità di dotazioni sufficienti per una politica di investimenti. Provvedimenti sempre più incalzanti di contenimento e controllo della spesa costringono a gestioni solo di "breve periodo" con la rincorsa ad un pareggio di bilancio "pur che sia" con la rinuncia o il rinvio dei programmi di investimento.

D'altro canto le risorse finanziarie private godono ancora di una residua liquidità e disponibilità.

Sulla scorta dei forti disinvestimenti azionari fatti negli ultimi anni, vi sono ancora risorse disponibili per oculati e prudenti investimenti; si veda quanto siano in crescita gli investimenti ed i prezzi sul mercato immobiliare. In sanità, pur considerando i bassi ritorni di profitto, la stabilità e le garanzie di contratti di lungo periodo con il pubblico possono indurre investitori istituzionali od operatori privati oculati a realizzare investimenti di dimensioni e con condizioni accettabili.

2 Aspetti economico-gestionali nel progetto delle strutture sanitarie

2.1 Analisi del Valore

L'Analisi del Valore, metodologia capace di dare risposte efficaci in tutte le fasi del processo edilizio, si rivela utile anche nella messa a punto di criteri atti a prevedere i costi globali a monte del progetto esecutivo, per una corretta programmazione degli investimenti economico-finanziari da sostenere per interventi di edilizia sanitaria.
Il problema della valutazione preventiva dei costi di produzione e gestione nel ciclo di vita di un organismo edilizio è da sempre un elemento centrale per gli attori del processo edilizio: committenza, progettisti, imprese di costruzione, utilizzatori finali. Quando il problema investe l'edilizia pubblica o di pubblica utilità entrano in gioco ulteriori fattori che sottolineano fortemente la necessità di una corretta previsione economico-gestionale relativa al bene immobile preso in considerazione.

Purtroppo le attenzioni che vengono dedicate a questi aspetti non sono quasi mai proporzionate all'importanza che rivestono: le ripercussioni negative a cui assistiamo, a breve o a lungo termine, per una scorretta o incerta stima economica si sovrappongono a quelle derivanti dalla incompletezza del progetto, quando non addirittura da carenze o errori progettuali, dalla incompleta precisazione dei criteri costruttivi, dei materiali e dei tempi di intervento.

Il mancato affidamento delle stime ad esperti, comporta, fra l'altro, capitolati speciali di appalto con voci assunte da capitolati standard, non aggiornati e, quindi, valutazioni incomplete, che fanno saltare le previsioni finanziarie e portano a costi di esercizio decisamente superiori alle risorse disponibili. A progetti carenti e incompleti vengono perciò a corrispondere realizzazioni che non vengono ultimate o che risultano prive dei necessari requisiti, lasciando in ogni caso molto a desiderare sotto il profilo

prestazionale. È in questo quadro che si avverte la necessità di ricorrere a un metodo che comprenda al suo interno uno strumento capace di portare a sintesi tutti gli aspetti che confluiscono nella realizzazione di un organismo edilizio.

In questa occasione viene allora riproposta l'opportunità di utilizzare come strumento di valutazione l'analisi del valore (AV). Concentrando l'attenzione sulle funzioni, da parte di più persone chiamate a svolgere un'attività interdisciplinare coordinata, e confrontando la soluzione proposta dai progettisti con una selezionata fra quelle alternative venute in mente agli analisti stessi, si arriva a formulare una scala di priorità basata sugli "indici di valore".

Questi ultimi, che racchiudono in sé utilità ed elementi economico-gestionali, rapportano le prestazioni necessario e richieste ai costi compatibili con i richiesti livelli di funzionalità, affidabilità e sicurezza. L'analisi del valore quindi, assicura un equo e completo dimensionamento di un servizio o di una struttura e soluzioni capaci di dare una razionale risposta anche a questi problemi di grande rilevanza sociale ed economica con indicazioni corrette relativamente a tempi e costi globali.

2.2 La valutazione delle utilità e dei costi globali per le strutture sanitarie

L'ospedale e in generale le strutture sanitarie si pongono all'interno della categoria di maggior interesse dal punto di vista dell'affidabilità gestionale, intesa in termini sia funzionali che economici, per la loro funzione sociale e il loro impatto in termini di utilizzo delle risorse del Paese. Malgrado questo, però, non sono ancora oggetto di sufficienti attenzioni dal punto di vista economico-gestionale, sia da parte dei committenti e dei progettisti, che da parte dei soggetti preposti all'analisi di fattibilità, al controllo della produzione e alla gestione degli organismi sanitari.

Dal censimento delle strutture pubbliche ospedaliere italiane, realizzato dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità per valutare i primi effetti prodotti dagli investimenti previsti dall'art. 20 della Legge 67/88 (ancora in fase di codifica per le successive fasi di attuazione del Programma di Investimenti), sono già emersi importanti aspetti. Tali aspetti riguardano soprattutto il patrimonio immobiliare del Servizio Sanitario Nazionale, le occasioni mancate da parte di molte realtà sanitarie del nostro Paese per realizzare l'ammodernamento funzionale e tecnologico delle proprie strutture e infine le problematiche della corretta preventivazione di tempi, costi e finanziamenti.

Dall'analisi dei dati che più interessano in questa sede, cioè quelli relativi agli aspetti di costo, si possono fare alcune considerazioni:

• i forti vincoli di natura storico-ambientale che caratterizzano la maggior parte delle strutture ospedaliere italiane (il 57% è stato costruito prima della Seconda Guerra Mondiale), le diverse tipologie, il loro differente grado di complessità funzionale e tecnologica sono elementi di

disomogeneità che rendono difficile un'analisi comparativa e preventiva dei costi sulla base di poche e semplici informazioni;

• il dato di costo per posto letto, indice sintetico, non è più in grado di dare risposte efficaci in senso relativo e tanto meno in senso assoluto;

• i dati relativi alla sola costruzione degli edifici. con l'aggiunta in alcuni casi delle spese per arredi e attrezzature, peraltro sottostimate (E. Guzzanti, 1998), non sono esaustivi nei confronti della valutazione sull'affidabilità degli interventi e su un loro eventuale confronto;

• i punti precedenti richiamano la necessità di disporre di dati aggiornati relativamente ai diversi settori operativi, alle diverse aree funzionali (intese come sovrasistemi organizzati e relazionati di unità ambientali) per giungere a valutazioni di costo per aree funzionali omogenee.

Si comprende pertanto come il processo finalizzato alla messa a punto di una metodologia per la vantazione della ricaduta in termini economici di una determinata scelta progettuale non possa limitarsi agli aspetti della sola produzione dell'organismo edilizio, ma sia necessario considerare il suo ciclo di vita, riferendosi pertanto ai costi gestionali che è necessario sostenere annualmente affinché l'edificio risponda funzionalmente alle esigenze degli utilizzatori.

Il punto di partenza deve essere la disponibilità di dati completi sia di produzione che di gestione. divisi per unità operative e per centri di costo, e. nei casi in cui siano già state sperimentate, la conoscenza dell'organizzazione delle aree funzionali omogenee.
Delle unità operative che compongono queste ultime devono essere conosciute la composizione in termini di dotazione di attrezzature, livello tecnologico, dotazione di personale, ecc. Per attuare

convenientemente questa metodologia è quindi necessario mettere a disposizione degli analisti del valore gli elaborati del progetto in fase preliminare e predisporre una completa e valida documentazione atta a consentire l'analisi e la valutazione delle funzioni, facendo riferimento a una banca dati ottenuta sulla base del loro monitoraggio e ricorrendo a un sistema informativo capace di rapportarle ai costi di realizzazione e di gestione.

L'insieme dei dati viene a costituire il punto di partenza per consentire, utilizzando l'analisi del valore, il confronto delle scelte progettuali attraverso la conoscenza preventiva dei costi di produzione e di gestione dell'organismo ospedaliero: presupposto indispensabile per poter decidere, sulla base del rapporto costi/benefici, la convenienza o meno dell'investimento. Per un organismo ospedaliero, i cui costi di gestione eguagliano in pochi anni (2-4) quelli di costruzione, una corretta analisi dei costi deve, dunque, prendere in considerazione il ciclo di vita, periodo di tempo in cui l'opera, se viene curata la manutenzione, si presenta efficiente, funzionale e in buone condizioni estetico-formali. Il costo nel ciclo di vita o costo globale (C_{g1}) è costituito da:

• costo di promozione (fattibilità, progettazione, ecc.);

• costo di costruzione (acquisto dell'area di intervento, impegno capitali, costruzione, spese tecniche, ecc.);

• costo di gestione (esercizio e manutenzione) nel ciclo di vita ipotizzato, attualizzato al momento dell'entrata in esercizio;

• costo finale, ovvero la spesa da sostenere per demolire o riqualificare il bene alla fine del suo ciclo di vita, anch'esso attualizzato al momento dell'entrata in esercizio.

Per un edificio ospedaliero, è necessario quindi valutare in un unico contesto tutte le seguenti voci:

$$C_{g1}=C_p+\sum_{i=1}^{n}(C_{ge}\times n\times f)+C_f\times f'$$

dove:

C_p	*è il costo di produzione*
C_{ge}	*è il costo di gestione*
n	*è il numero di anni del ciclo di vita ipotizzato*
C_f	*è il costo finale*
f, f'	*sono i fattori di attualizzazione dei costi differiti*

Si riporta il caso di studio relativo all'inserimento nel Comune di Stio Cilento di una struttura sanitaria denominata "Casa della Salute", un nuovo edificio destinato ad ospitare un modello di struttura sociosanitaria territoriale della rete dei servizi distrettuali che si rivolge prevalentemente a persone anziane attraverso l'attivazione di posti letto gestiti dai loro medici di fiducia. Il presente lavoro rappresenta una proposta metodologica interessante che evidenzia come questo approccio alle tematiche economico-gestionali sulla base di dati raccolti nella realtà specifica di intervento, possa portare a disporre, anche a livello di elaborati progettuali preliminari, di dati ripartiti in voci di costo estremamente significativi. Fornisce, inoltre, una vantazione complessiva degli impegni economici per garantire un corretto funzionamento dell'organismo nel ciclo di vita ipotizzato.

2.3 Il Costo di produzione

Attraverso indagini effettuate su edifici con caratteristiche simili a quello progettato, si sono ottenuti gli indici parametrici per la determinazione del costo di costruzione dell'edificio. La superficie complessiva della struttura per è di 1.683,75 mq. Si è calcolato il costo di costruzione dell'edificio, espresso in euro:

Cc= 1.000,00 € × = € 1.683.750,00

II costo di costruzione dell'edificio non è l'unica voce del costo di produzione; ad esso vanno aggiunti, gli oneri accessori, le spese per la sistemazione esterna e quelle per gli arredi e le attrezzature necessario allo svolgimento delle attività sanitarie.

Gli oneri accessori sono composti da:

a) oneri concessori e spese tecniche 15%

b) imprevisti 2%

c) collaudi 1%

d) IVA 10% sui lavori e imprevisti 10,2%

e) IVA 19% su a) e c) 3%

Totale 31,2%

L'ammontare degli *oneri accessori*, espresso in euro, è dunque di:

$C_{oa} = C_c \times 0{,}312 =$ € 864.250,00 × 0,312 = € 525.330,00

II costo per le *sistemazioni esterne* è esprimibile come una percentuale del costo di costruzione pari al 3%:

$C_{se} = C_c \times 0{,}03 =$ € 864.250,00 × 0,03 = € 50.512,50

Per gli *arredi* e le *attrezzature* si assume una percentuale pari al 30% del costo di costruzione, pertanto:

$C_a = C_c \times 0{,}30 =$ € 864.250,00 $\times 0{,}30=$ € 505.125,00

In conclusione si avrà per il **costo totale di produzione**:

$C_T = C_c + C_{oa} + C_{se} + C_a =$ € 2.764.717,50

5.4 Costo di gestione

Sulla base dell'analisi dei costi gestionali delle strutture già attive sul territorio italiano si è formulata una valutazione del costo annuale di gestione per la Casa della Salute di progetto. Tale dati sono riportati nella tabella che segue:

ANALISI DEI COSTI DI GESTIONE				
Tipologia di Costo	**Costo per anno in euro**	**Costo per mese**	**Costo per giornata**	**Costo per posto letto die OC**
TOTALE PERSONALE (*)	**179.096,76**	**14.924,73**	**490,68**	**40,89**
di cui Sanitario non medici	*149.930,08*	12.494,17	*410,77*	*34,23*
di cui Tecnico	*29.166,68*	2.430,56	*79,91*	*6,66*
Totale CONVENZIONE MEDICI DI BASE (**)	**48.000,00**	**4.000,00**	**131,51**	**10,96**
Totale MATERIALE SANITARIO *medicinali-emoderivati-soluzioni-gas medicali-stupefacenti-materie prime sanitarie-vetreria e mater. lab.analisi-presidi chir.e mat. Sanitario-diagnostici-strumentario chirur.*	***45.975,19***	*3.831,27*	*125,96*	*10,50*
Totale MATERIALE TECNICO ECONOMALE *prodotti lavan.e pulizia-materiale guardaroba-cancelleria e stampati-convivenza e igiene-materiale tecnico-prodotti alimentari*	***7.197,00***	***599,75***	***19,72***	***1,64***
TOTALE BENI DI CONSUMO (***)	**53.172,19**	**4.431,02**	**145,68**	**12,14**
Totale SERVIZI SANITARI (***) *Assistenza infermieristica-Assistenza specialistica*	***832,95***	***69,41***	***2,28***	***0,19***
Totale SERVIZI NON SANITARI (****)	***153.070,66***	***12.755,89***	***419,37***	***34,95***
di cui Servizio di Lavanderia	*23.223,86*	*1.935,32*	*63,63*	*5,30*
di cui Servizio di Pulizia	*36.734,80*	*3.061,23*	*100,64*	*8,39*
di cui Smaltimento Rifiuti	*4.000,00*	*333,33*	*10,96*	*0,91*
di cui Utenze	*60.000,00*	*5.000,00*	*164,38*	*13,70*
di cui Costo Pasto	*29.112,00*	*2.426,00*	*79,76*	*6,65*
TOTALE ACQUISTO DI SERVIZI	**153.903,61**	**12.825,30**	**421,65**	**35,14**
MANUTENZIONE IMMOBILE	**12.000,00**	**1.000,00**	**32,88**	**2,74**
TOTALE AMMORTAMENTI	**1.000,00**	**83,33**	**2,74**	**0,23**
TOTALE ALTRI COSTI	**1.000,00**	**83,33**	**2,74**	**0,23**
TOTALE Costi per Ospedale di comunità e per la riabilitazione	**448.172,56**	**37.347,71**	**1.227,87**	**102,32**
E-LEARNING	**20.000,00**	**1.666,67**	**138,89**	
TELEMEDICINA E TELECONSULTO	**25.000,00**	**2.083,33**	**173,61**	
Totale SERVIZI SANITARI	**157.000,00**			
Assistenza specialistica (*****)	*100.000,00*	*4.166,67*	*347,22*	
Assistenza infermieristica (******)	*60.000,00*	*5.000,00*	*416,67*	
Assistenza diagnostica (*******)	*47.000,00*	*3.916,67*	*326,39*	
Totale SERVIZI DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	**100.000,00**			
PUA	*35.000,00*	*2.916,67*	*243,06*	
Area della prevenzione	*30.000,00*	*2.500,00*	*208,33*	
Servizio sociale	*15.000,00*	*1.250,00*	*104,17*	
Attività Amministrative	*20.000,00*	*1.666,67*	*138,89*	
PUBBLICIZZAZIONE/ORGANIZZAZIONE CONVEGNI	**25.000,00**			
TOTALE COMPLESSIVO				**825.172,56**

NOTE
(*) Il costo del personale (sanitari non laureati e tecnici) è stato attribuito OC in base al numero di posti letto presenti nelle due struttura
- OC = 12 PL

(**) Il costo del personale convenzionato (medici di base) è stato attribuito in base ad una stima del numero di ore di servizio

- OC = 25 ORE- 5 ore di presenza attiva a rotazione dal Lunedì al Venerdì

(***) Il costo dei beni dei servizi sanitari è relativo all'OC ed è pertanto calcolato in base al numero dei posti letto

(****) Il costo dei servizi non sanitari è stato attribuito in base ai mq di superficie
- OC = 1621,25 MQ

(*****) Il costo è relativo agli ambulatori specialistici

(******) Il costo è relativo all'ambulatorio infermieristico e piccole urgenze

(*******) Il costo è relativo al servizio delle prestazioni urgenti, dei prelievi e delle donazioni e all'Area delle tecnologie diagnostiche semplici

5.5 Costo globale calcolato su tre anni

Per determinare il costo globale della struttura secondo la seguente espressione:

$$C_{g1} = C_p + \sum_{i=1}^{n} [C_{ge} \times (1+t)^n/(1+T)^n] = C_p + [C_{ge} \times n \times (1+t)/(1+T)]$$

dove:

C_p *è il costo di produzione*

C_{ge} *è il costo di gestione*

n *è il numero di anni del ciclo di vita*

t *è il tasso medio di aumento dei costi differiti (inflazione, costo energia, ecc.)*

T *è il tasso di remunerazione del denaro*

si considera una durata del ciclo di vita dell'organismo edilizio di n=3 anni e si assume un valore dell'inflazione pari al 3% e un tasso di remunerazione del denaro pari al 5%.

Con i valori di C_p e C_{ge} ottenuti:

C_p = **€ 2.764.717,50**

C_{ge}= **€ 825.172,56**

applicando l'espressione riportata in alto si perviene al seguente costo globale relativo a tre anni:

C_{g1} = **€ 5.193.082,46**

3. Analisi delle superfici

AD	**Area destinata alla Degenza**	Superficie unità spaziale	Numero unità spaziale	**Superficie totale**
ad01	camera singola	14	2	28
ad02	camera doppia	24	5	120
ad03	servizio igienico camera	5	6	30
ad04	soggiorno	22	1	22
ad05	pranzo	25	1	25
ad06	cucina/tisaneria	10	1	10
ad07	bagno assistito	14	2	28
ad08	ambulatorio/medicheria	9	1	9
ad09	ufficio/locale colloqui	15	1	15
ad10	ingresso/reception/attesa	20	1	20
ad11	locale di postazione per il personale	14	1	14
ad12	locale per il personale volontario	12	1	12
ad13	spogliatoio per il personale	9	2	18
ad14	servizio igienico per il personale	6	2	12
ad15	servizio igienico per gli utenti	4	2	8
ad16	locale di stoccaggio	9	2	18
ad17	deposito attrezzature	9	1	9
ad18	deposito pulito	6	1	6
ad19	deposito sporco	6	1	6
	Totale area destinata alla Degenza			**410**
AD	**Area destinata alla Valutazione e terapie (area per la riabilitazione)**			
av01	spazio attesa	10	1	10
av02	locale per la registrazione/segreteria/archivio	16	1	16
av03	locale lavoro infermieri	12	1	12

av04	servizio igienico per il personale	4	4	16
av05	palestra	90	1	90
av06	locale con vasca per riabilitazione motoria	80	1	80
av07	sala per logoterapia di gruppo	15	1	15
av08	sala per psicoterapia	12	1	12
av09	box per fisiochinesiterapia	7	2	14
av10	locale per trattamento	18	1	18
av11	locale spogliatoio/guardaroba	7	2	14
av12	servizio igienico per gli utenti	4	4	16
av13	deposito attrezzature	6	1	6
av14	deposito pulito	6	1	6
av15	deposito sporco	6	1	6
av16	laboratorio analisi	45	2	90
av17	radiologia	70	1	70
av18	ambulatorio	12	5	60
av19	area specifica SLA	25	2	50
	Totale area destinata alla Valutazione e terapie			**601**
AD	**Aree Generali di supporto (area per training, formazione e amministrazione)**			
ag01	sala per colloqui/istruzione familiari	12	1	12
ag02	aula per la didattica	30	1	30
ag03	servizio igienico per gli utenti	4	3	12
ag04	servizio igienico per il personale	4	3	12
ag05	sala conferenze	150	1	150
ag06	ufficio	40	3	120
	Totale aree Generali di supporto			**336**
	Totale prestazioni			**1347**
	Connettivo 25% della superficie totale			**336,75**
	TOTALE GLOBALE			**1.683,75**

4. Bacino d’utenza

Bacino d'utenza	
Comuni	Abitanti
Campora	538
Gioi Cilento	1465
Magliano Vetere	887
Monteforte Cilento	624
Orria	1259
Salento	2022
Stio	1088
TOTALE	7883

Assessorato alla Sanità
Coordinamento Area Assistenza Sanitaria

La Casa della Salute

Relazione illustrativa

INDICE

1. Descrizione ed obiettivi **pag.3**

1.2 Le funzioni pag. 3

1.3 Le finalità della casa della salute pag. 3

1.4 Gli obiettivi pag. 4

2. Le attività

2.1Area dell'accesso del segretariato sociale e del CUP pag. 5

2.2 Area dei Servizi Sanitari pag. 6

2.3 Area dei Servizi socio sanitari pag. 9

2.4 Area dei servizi sociali pag. 11

3. Le degenze territoriali – l'Ospedale di Comunità **pag. 13**

3.1 Definizioni pag. 13

3.2 Origini ed evoluzione all'estero pag. 14

3.3 Evoluzione in Italia pag. 15

3.4 Il quadro legislativo pag. 15

3.5 Modelli organizzativi pag. 15

3.6 Bisogni ed offerta pag.16

3.7 Sintesi pag. 19

1. Descrizione ed obiettivi

La Casa della salute è la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale.

1.2 Le funzioni

Diverse sono le funzioni da allocare nella Casa della salute, alcune di natura amministrativa, altre di natura sanitaria e altre ancora di natura sociale. Esse possono essere aggregate in aree principali a diverso grado di complessità essendo la casa della salute un modello flessibile, che si adatta alle caratteristiche del territorio e non il contrario.

1.3 Le finalità della casa della salute

La istituzione della Casa della salute ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dalla legge n.229/'99 e dalla legge n. 328/2000.

La casa della salute deve intendersi come un presidio delle aree sub distrettuali corrispondenti all'incirca ad un bacino di 5-10.000 persone .

1.4 Gli obiettivi

La Casa della salute è una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere che raccoglie la domanda dei cittadini e organizza la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, nell'unità di spazio e di tempo. La Casa della salute deve:

- garantire la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore e sette giorni su sette
- assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda
- operare per programmi condivisi, sulla base del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT), del Piano sociale di Zona (PSZ) e del Piano integrato di salute (PIS) laddove adottato
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale (programmazione dei servizi e valutazione dei risultati)nei vari presidi e servizi.
- ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali.
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone
- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini
- sviluppare, tramite il distretto, rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizioni di protocolli per accessi e dimissioni programmate
- favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione degli outcomes interno ed esterno ai servizi

- curare la comunicazione sanitaria a livello micro della relazione terapeutica medico/operatore/paziente, a livello meso della comunicazione tra le strutture e a livello macro nei confronti della cittadinanza e della pubblica opinione
- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

2. Le attività

2.1 Area dell'accesso del segretariato sociale e del CUP

La Casa della salute è il punto d'incontro più prossimo tra il cittadino e il sistema organizzato del Servizio sociosanitario.

Nella posizione di più facile accesso, sono collocati gli sportelli integrati della sanità (CUP) e dell'assistenza (Segretariato sociale), collegati con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta, con il Servizio sociale professionale.

Questo è il punto al quale si rivolgono i cittadini per le informazioni e le prenotazioni, per la presa in carico dei loro bisogni assistenziali e per l'organizzazione di una risposta adeguata.

La Casa della salute consente, finalmente, di realizzare questa prima ed essenziale funzione del Servizio pubblico che costituisce, sul versante dell'offerta, il primo livello essenziale delle prestazioni sociali richieste dal comma 4 dell'articolo 22 della legge n. 328/2000.

2.2 Area dei Servizi Sanitari

Diversi e variamente rappresentati sono i servizi che possono afferire a tale area essendo la casa della salute un presidio fortemente modulare. Nel loro complesso essi possono ricomprendere le seguenti linee di attività.

- Servizio delle prestazioni urgenti, dei prelievi e delle donazioni. Alla porta della Casa della Salute è di norma prevista la presenza del punto di soccorso mobile 118, dotato di personale medico a bordo presente 24 ore su 24. Uno spazio funzionale deve essere destinato alle attività di prelievo con risposte a domicilio entro 24/48 ore e deve essere attivato un servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti. La Casa della salute offre la possibilità di organizzare l'attività di donazione del sangue con l'impegno e la partecipazione delle Associazioni del volontariato in modo da valorizzare il contributo di solidarietà dei cittadini.
- Ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze; esso deve essere sempre disponibile, aperto nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale.
- Ambulatorio dei medici di Medicina generale per tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che desiderano trovare nella Casa della Salute lo spazio per i loro studi medici. Come già detto Non è obbligatorio che tutti i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta dell'area di riferimento si trasferiscano nella Casa della salute. Possono esistere ragioni oggettive e, allo stato attuale anche motivazioni soggettive, che devono essere prese in considerazione qualora sia necessario mantenere gli ambulatori prossimi ai cittadini, fuori della Casa della salute. In ogni caso, la Casa della salute costituisce la sede del coordinamento per tutte le attività comuni di tutti i medici di famiglia, sia che agiscano all'interno sia che mantengano gli studi medici al di fuori della Casa della salute. Attività comuni, comunque, che non sono poche o irrilevanti e vanno dalla raccolta dei dati epidemiologici alla definizione di programmi e di protocolli terapeutici, dalle forme di

consulto agli approfondimenti sui farmaci, dall'educazione alla salute dei cittadini alla formazione sui diversi problemi della professione. I medici di famiglia e i pediatri che si rendono disponibili devono avere ambulatori propri con sale di attesa, spazi per attività collegiali, servizi di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche e informatiche (Telemedicina e Teleconsulto), servizi d'informazione direttamente collegati con il Centro Unificato di Prenotazione (sportello), archivio informatizzato delle cartelle cliniche, ecc.

L'organizzazione dipartimentale delle attività deve salvaguardare l'autonomia professionale di ogni medico di famiglia e pediatra e deve nello stesso tempo mettere a punto tutte quelle possibilità di scambio, di informazione, di consulenza, di lavoro comune, di aggiornamento che consentono di avere nel territorio un'équipe interdisciplinare che si fa carico della cura delle persone e insieme della salute della comunità.

- Continuità assistenziale (ex guardia medica) 7 giorni su 7 e 24 ore al giorno come funzione fondamentale delle cure primarie, alla cui realizzazione contribuisco tutte le diverse figure professionali disciplinate dall'ACN attraverso forme di coordinamento oggi difficili da realizzare e praticamente assenti.
- Ambulatorio infermieristico. Gli infermieri assegnati stabilmente all'area sub distrettuale, pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale nei moduli operativi integrati: l'Unità di Valutazione Multidimensionale, gli ambulatori, i Consultori, l'ADI, il Centro diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale, l'Ospedale di Comunità. Area delle degenze territoriali.
- Degenze territoriali (Ospedale di Comunità) con alcuni posti letto nei quali sono ricoverati cittadini per stati patologici che difficilmente possono essere curati al domicilio, ma che non richiedono neppure ricoveri ospedalieri. Si tratta di una struttura con un turno di

infermieri sulle 24 ore, con operatori sociosanitari, nella quale la tutela medica è garantita dai medici di famiglia e dagli specialisti, secondo il bisogno.

- Attività specialistiche. Gli ambulatori specialistici da prevedere, con aree e orari adeguati, possono essere diversi, con diversa frequenza settimanale, sulla base delle esigenze della popolazione, utilizzando sia gli specialisti convenzionati che quelli dipendenti dalla struttura ospedaliera. Area delle tecnologie diagnostiche.
- Area delle tecnologie diagnostiche semplici, (radiografie, ecografie, mammografie, spirometrie, prove da sforzo, ecodopler utilizzate direttamente dai medici di base e dagli specialisti, o da tecnici di radiologia e da radiologi che fanno recapito nella struttura con orari programmati. Deve essere inoltre organizzata un'attività di diagnosi radiologica domiciliare a vantaggio delle persone difficilmente trasportabili

2.3 Area dei Servizi socio sanitari

Anche in questo caso i servizi possono essere variamente rappresentati in funzione delle esigenze di programmazione e dei diversi bisogni dalla comunità di riferimento

- -SERT dotati di spazi autonomi ma coordinati con le cure primarie con i servizi sociali e con le attività di auto-aiuto per contrastare la dipendenza da alcool e da sostanze psicotrope.
- Servizio di salute mentale in coordinamento con le altre strutture di assistenza diurna per disabili e malati di mente.
- Centro diurno In cui l'ADI svolge le sue attività di appoggio assistenziale per persone non autosufficienti che di giorno non possono restare in famiglia. Il Centro diurno costituisce un anello fondamentale della rete territoriale di assistenza sociosanitaria ad elevata

integrazione sanitaria e pertanto è parte integrante dell'ADI e ha una dotazione variabile di posti, in rapporto alla popolazione.

- Servizio di Recupero e Riabilitazione funzionale. Tale attività devono prevedere la possibilità di programmare, potenziare e qualificare le prestazioni riabilitative pubbliche, sia per le persone eventualmente ricoverate nella struttura (nel caso in cui essa comprenda una RSA o un Hospice) che per le utenze esterne.(il domicilio, la Casa di riposo, la scuola…)
- La Residenza sanitaria assistenziale Essa è dotata normalmente di un modulo di 20 posti letto e può essere inserita nella Casa della salute, o essere ubicata in una sede propria, salvo garantire uno stretto rapporto di collaborazione e di operatività con il complesso dei servizi sanitari e sociali che sono collocati nella Casa della salute.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) L'ADI deve avere una propria sede e mezzi di trasporto. Le attività sono in gran parte proiettate al domicilio (inteso in senso lato), salvo le fasi di programmazione, di coordinamento delle attività, di approfondimento dei casi che sono svolte nella Casa della salute. L'ADI è un'équipe composta dal Medico di famiglia competente per il caso, da infermieri, da assistenti sociali, da operatori sociosanitari, da specialisti che intervengono secondo le necessità rilevate dall'Unità di Valutazione Multidimensionale nel Piano individuale di assistenza (Pia) e dal medico di medicina generale nel corso del trattamento.
- Area della prevenzione. E' lo spazio strategico nella Casa della Salute in cui si costruiscono rapporti di collaborazione tra Servizi sociosanitari e cittadini, si sviluppano programmi partecipati di intervento sui fattori ambientali, sulle cause di malattia, si predispongono e si realizzano gli screening sulle principali malattie, si impostano i programmi di educazione alla salute con la scuola, con i Centri sociali degli anziani, con i Patronati dei Sindacati, con

le Associazioni di utenti e di cittadini, con le Associazioni del volontariato. In questa area trovano collocazione le proiezioni funzionali del Dipartimento di prevenzione collettiva per attività di sanità pubblica che devono coinvolgere nei programmi i medici di medicina generale che dispongono di una mole ingente di informazioni epidemiologiche e mantengono rapporti quotidiani con i cittadini-utenti.

- Consultorio familiare e ambulatorio andrologico Essi rappresentano la sede per l'educazione alla vita degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, per l'educazione della donna al parto, per il contrasto delle pratiche abortive, per la prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia (aborti bianchi, lotta ai tumori femminili, lotta alle malformazioni..), per la salute della donna, con particolare riguardo alle donne immigrate. In essi si previene inoltre l'infertilità maschile attraverso la visita di tutti gli adolescenti che abbiano compiuto il dodicesimo anno di vita.
- Commissione di valutazione degli invalidi civili, e Unità di valutazione multidimensionale delle persone anziane non autosufficienti la cui attività è direttamente collegata alla rete dei servizi e definisce le procedure di effettiva presa in carico del paziente portatore di patologie complesse.

2.4 Area dei servizi sociali

In tale spazio oltre trovare collocazione i servizi sociali e del volontariato vengono concentrate le attività amministrative e di supporto ai Medici e agli altri operatori della casa della salute

- Uffici per il Servizio sociale. Rappresentano una area riservata e finalizzata a ragioni d'ufficio, per colloqui, per accoglienza per situazioni di estremo bisogno, per il pronto intervento sociale, da attivare con l'apporto delle Associazioni del Volontariato. La

dimensione di questo spazio varia in ragione della consistenza delle attività sociali che possono essere attivate nella Casa della salute o tramite la Casa della salute.

- Area delle attività amministrative. La Casa della salute deve disporre di un'area destinata alle attività amministrative per il governo della struttura, con personale adeguato per consistenza e professionalità, per l'informazione e comunicazione con i cittadini, per il supporto delle attività sanitarie e sociali svolte nella Casa della Salute, in modo da semplificare i percorsi assistenziali dei cittadini e da "liberare" gli operatori, in particolare i medici di famiglia, dalle incombenze burocratiche che limitano e complicano l'esercizio della professione.
- Area delle tecnologie informatiche Fino a quando i medici di medicina generale resteranno isolati nei propri studi privati, essi, per quanto aperti alla modernizzazione, non potranno giovarsi degli apporti che alla medicina giungono dalla ricerca biomedica, dall'innovazione tecnologica e dai sistemi di informatizzazione che consentono di stabilire in tempo reale rapporti di consulenza e di collaborazione a distanza con centri diagnostici e di alta qualificazione. Il teleconsulto, la telediagnosi clinica, la teleassistenza e il telemonitoraggio sono già oggi un sistema di conoscenze alla portata della medicina di base.

3. Le degenze territoriali – l'Ospedale di Comunità

Di seguito viene descritta nelle linee generali la struttura sanitaria denominata nel **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008** "Ospedale di Comunità".

L'Ospedale di Comunità è stato definito come ***"la massima espressione dell'assistenza sanitaria territoriale, dell'associazionismo medico e dell'intervento bio-psico-sociale sul territorio".***

3.1 Definizioni:

- struttura sanitaria territoriale, in grado di rispondere anche ad esigenze sociali, inserita nella rete dei servizi distrettuali; la struttura prevede la gestione diretta dei posti letto da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) di quello specifico bacino d'utenza ed è destinata ai loro assistiti residenti, prevalentemente persone anziane non autosufficienti, che non necessitano del ricovero ospedaliero ma che non possono essere assistite a domicilio;
- una struttura gestita dai MMG per i loro pazienti che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico assistenziali a media-bassa medicalizzazione per la gestione appropriata di patologie cronico-degenerative momentaneamente scompensate o riacuttizate con rischio sociale variabile;
- una struttura assistenziale intermedia; è l'anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio che, integrato con la rete dei servizi domiciliari e delle strutture residenziali per anziani (R.S.A.., case protette e di riposo), costituisce il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria.

In sintesi:

Struttura ubicata in un comune di medie dimensioni la cui gestione viene affidata ai medici di famiglia, affiancati da personale infermieristico; è pertanto un ospedale in grado di curare tutte le malattie più comuni, di offrire un buon numero di ricoveri e di essere operativo 24 ore su 24 ma con costi ridotti.

Definizione di CURE INTERMEDIE:

Quando un soggetto debole affronta quella fase critica di transizione tra una vita tollerabile e una pesante condizione di debilitazione e fragilità, solo interventi tempestivi, adeguati e continui possono effettivamente evitare la caduta in una condizione di disabilità permanente: questi interventi sono le cure intermedie, cioè "una serie di interventi terapeutici, assistenziali e riabilitativi [che] si collocano tra l'assistenza di base (cure primarie) e i servizi ospedalieri e specialistici, garantendo la continuità di cura.

3.2 Origini ed evoluzioni all'estero:

I precursori dei "community hospitals" sono stati in Gran Bretagna negli anni '20, i piccoli "cottage hospitals", termine traducibile in "ospedali per i medici di base". Hanno attraversato fasi alterne di evoluzione. Nel 1987 nella sola Inghilterra erano attive 249 strutture che fornivano più di 9000 posti letto.

3.3 Evoluzione in Italia:

Il primo ospedale di comunità nasce a Premilcuore, in provincia di Forlì, nel 1995; l'anno seguente ne viene attivato un altro- quello assunto a modello per tutti i successivi- a Modigliana, sempre in Provincia di Forlì. Sono attive 2 strutture di tal genere in Emilia Romagna, 2 in Friuli- Venezia Giulia, 2 nelle Marche, 2 in Piemonte, 5 in Puglia, 8 in Toscana, 2 in Umbria. Dati del 2003 riportano operanti in Italia 23 ospedali di Comunità e 26 in fase di attuazione. In Campania non esistono allo stato dei fatti strutture attive.

3.4 Il quadro legislativo

Con l'approvazione del vigente **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008** viene riconosciuta ed istituzionalizzata la funzione per gli ospedali di comunità di "struttura intermedia tra ospedale e domicilio, in grado di svolgere una funzione essenziale nella rete dei servizi sanitari". Tale testo cita infatti: "Va inoltre raccordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di Cure intermedie (*intermediate ealth care*) con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'**Ospedale di Comunità**, a cura dei medici di assistenza primaria, quale struttura dedicata, all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti".

3.5 Modelli organizzativi:

Gli elementi comuni che connotano queste esperienze riguardano la sede: si trovano in zone disagiate, sono inserite nella rete dei servizi territoriali e sono fisicamente collegate ai servizi sanitari e socio-assistenziali del distretto di cui fanno parte.

Le sperimentazioni gestionali hanno dato per ora luogo a 4 modelli:

- il modello “rurale” (o a disponibilità oraria, in quanto i medici di famiglia coinvolti si accordano su fasce orarie di presenza e di disponibilità), che è attivo principalmente in Emilia Romagna e nelle Marche: l’edificio che lo contiene si trova in centri medio piccoli ed è dimensionalmente contenuto;
- Il modello “metropolitano” (o ad accesso, in quanto il medico di famiglia accede alla struttura sulla base di un programma e con scadenze prefissate), che è il più diffuso, con realizzazioni in Toscana, Umbria e Friuli Venezia Giulia: l’edificio che lo contiene si trova in aggregati urbani più popolosi ed è dimensionalmente variabile;
- Il modello “misto” (che vede la condivisione della responsabilità tra i medici di famiglia e medici dipendenti delle aziende sanitarie), che è attivo principalmente in Umbria e nelle Marche: l’edificio presente una notevole variabilità di posti letto;
- Infine, il modello “ospedaliero”, che vede la gestione attuata esclusivamente dai medici ospedalieri e che, per tale motivo, rappresenta una modalità ulteriore del tutto in contrasto con la caratteristica fondante dell’ospedale di comunità che si distingue come struttura a gestione della medicina generale.

3.6 Bisogni ed offerta***:***

I fenomeni che hanno innescato la sperimentazione di questo modello organizzativo in Italia sono diversi:

- la ridotta capacità economica del sistema sanitario e i conseguenti tagli agli sprechi,
- la riorganizzazione strategica degli ospedali (sempre più rivolti alla gestione della fase acuta della malattia),
- la riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari (dovuta anche all'aumento del lavoro femminile),
- la maggiore capacità di autodeterminazione dei cittadini pazienti,
- lo sviluppo del concetto di salute da "mancanza di malattia" a "benessere psico-fisico",
- la maggiore sensibilità verso la prevenzione e, soprattutto,
- il progressivo invecchiamento della popolazione (corredato dall'aumento dell'aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative).

A tale riguardo secondo "i dati ISTAT, l'Italia nel 2000 era il primo Paese al mondo per over 65 anni con il 17,7% della popolazione, pari a 10.200.000 persone, delle quali il 20% con disabilità parziale e 5%con disabilità grave; la proiezione, nel 2020, stima al 25-29% gli over 65anni, con un sensibile aumento dei costi del SSN".

Sulla base di questi eventi, nel nostro Paese, l'ospedale di comunità sta cercando di dare risposte a bisogni di varia natura:

<u>1. Esigenze di natura aziendale:</u>

- riduzione di ricoveri ospedalieri impropri,
- riduzione dei rischi legati alla ospedalizzazione,

- riduzione di costi
- recupero di piccoli ospedali destinati al degrado
- garanzia di protezione sanitaria alla popolazione;

2. Esigenze di tipo professionale

- responsabilizzazione dei medici di medicina generale;
- incremento dell'associazionismo medico
- valorizzazione e rivalutazione del ruolo infermieristico
- valorizzazione del rapporto tra medico e paziente;

3. Esigenze del cittadino:

- riduzione del disagio ambientale e della spersonalizzazione del ricovero ospedaliero,
- umanizzazione della medicina,
- spinta all'approccio bio-psico-sociale alla persona,
- garanzia della continuità assistenziale,
- miglioramento dell'assistenza,
- incremento dell'accessibilità e del coinvolgimento dei familiari e del volontariato,
- mantenimento del paziente nel suo contesto ambientale,
- riduzione del pendolarismo dei familiari.

3.7 Sintesi:

L'Ospedale di Comunità o Country Hospital (CH): un ospedale di Distretto guidato dai MMG

Il Country Hospital (CH) è un modello di **struttura sociosanitaria territoriale della rete dei servizi distrettuali che si rivolge prevalentemente a persone anziane attraverso l'attivazione di posti letto gestiti dai loro medici di fiducia.** Il CH rappresenta la novità sociosanitaria ed assistenziale degli ultimi anni e **si colloca come anello di congiunzione, finora mancante, fra la rete dei servizi domiciliari, le strutture residenziali per anziani (RSA, Case protette, di riposo, albergo) e gli ospedali.** Nel CH si ricoverano persone affette da **patologie in atto che non necessitano di terapia intensiva o rilevante impegno tecnologico, in particolare se in condizioni di solitudine o in presenza di condizioni abitative - ambientali inadeguate**. I MMG hanno la responsabilità clinica dell'accoglienza del malato e della gestione del paziente presso la struttura, con cadenze programmate e turni di pronta disponibilità e con il seguente impegno: tre ore tutte le mattine dal lunedì al venerdì da parte del collega più libero perché recentemente convenzionatosi, turni di due ore per gli altri, una o due volte la settimana (mattina o pomeriggio) in base alla disponibilità, infine un'ora di meeting il venerdì (ore 11,30-12,30) che vede insieme il MMG e il Coordinatore del Distretto per cercare risolvere problemi organizzativi, discutere i nuovi ingressi e le dimissioni, aggiornare terapie, approfondire i casi più complessi, ecc. Nelle ore d'assenza dei suddetti medici l'assistenza è garantita dalla Guardia Medica PFN, con sede ubicata all'interno della struttura stessa. Coordinatore è il Dirigente Sanitario del Distretto, con compiti di tipo tecnico - organizzativo. La durata presunta della degenza deve essere in media di dieci giorni e non può superare di norma il periodo di trenta giorni, oltre i quali se necessario si può trasferire il paziente nella RSA, dopo valutazione della UVG, a pagamento ma nella stessa struttura con un azione sinergica che è molto apprezzata dai ricoverati in quanto, a volte, le malattie sono insofferenti ai vincoli temporali imposti per direttive; in realtà si tratta di un trasferimento solo burocratico in quanto il ricoverato resta nel suo letto, continua ad essere seguito dagli stessi medici e dallo stesso personale, con le medesime prestazioni. L'assistenza infermieristica è assicurata da una caposala e da 6 infermieri professionali (personale ASL o convenzionato), mentre l'assistenza di base è affidata a 5 OTA (operatori tecnico assistenziali, dipendenti ASL) e 7 ADB (addetti all'assistenza di base, personale convenzionato).

Il CH è un modello elastico che può adattarsi alle diverse realtà, a basso costo (100,00euro/posto letto/die), gratuito e ad alto gradimento da parte degli utenti, può essere attivato in pochissimo tempo sfruttando le economie dei servizi e il personale presente recuperando il patrimonio ospedaliero, riduce i "ricoveri impropri" negli ospedali, consente al ricoverato di essere seguito da parenti ed amici più agevolmente di quanto non sia possibile nelle strutture pubbliche o private di città distanti anche decine di km., ha contribuito a mantenere posti di lavoro in paese e previene i processi di "spersonalizzazione", tanto frequenti ed antipatici per chi è a lungo ricoverato in strutture ospedaliere.

Per queste ragioni il CH si è imposto all'attenzione nazionale ma, soprattutto, perché essendo gestito per la parte sanitaria dai MMG ciò ha consentito di abbattere i costi, in quanto l'onorario per i medici è modesto gettone e di avere la massima efficienza perché il malato entra in struttura accompagnato da una cartella sanitaria compilata dal suo medico che poi indicherà quali esami fare e quali terapie adottare, quindi riducendo tempi burocratici e sprechi economici.

BIBLIOGRAFIA

1. www.ministerosalute.it
2. Aulizio Giancarlo, *Dal Country Hospital all'Ospedale di Distretto: una realtà assistenziale in continua espansione*, Monografia stampata a cura della Novartis - Ciba (VA)21040 Origgio (VA), febbraio 2000
3. Turilazzi Beatrice *Edilizia Sanitaria territoriale,* Maggioli editore

Bibliografia

Provenziani, A. M. (2003). *DPP-SANITA' Guida per la redazione del Documento Preliminare alla Progettazione.* Roma: Edizioni Kappa.

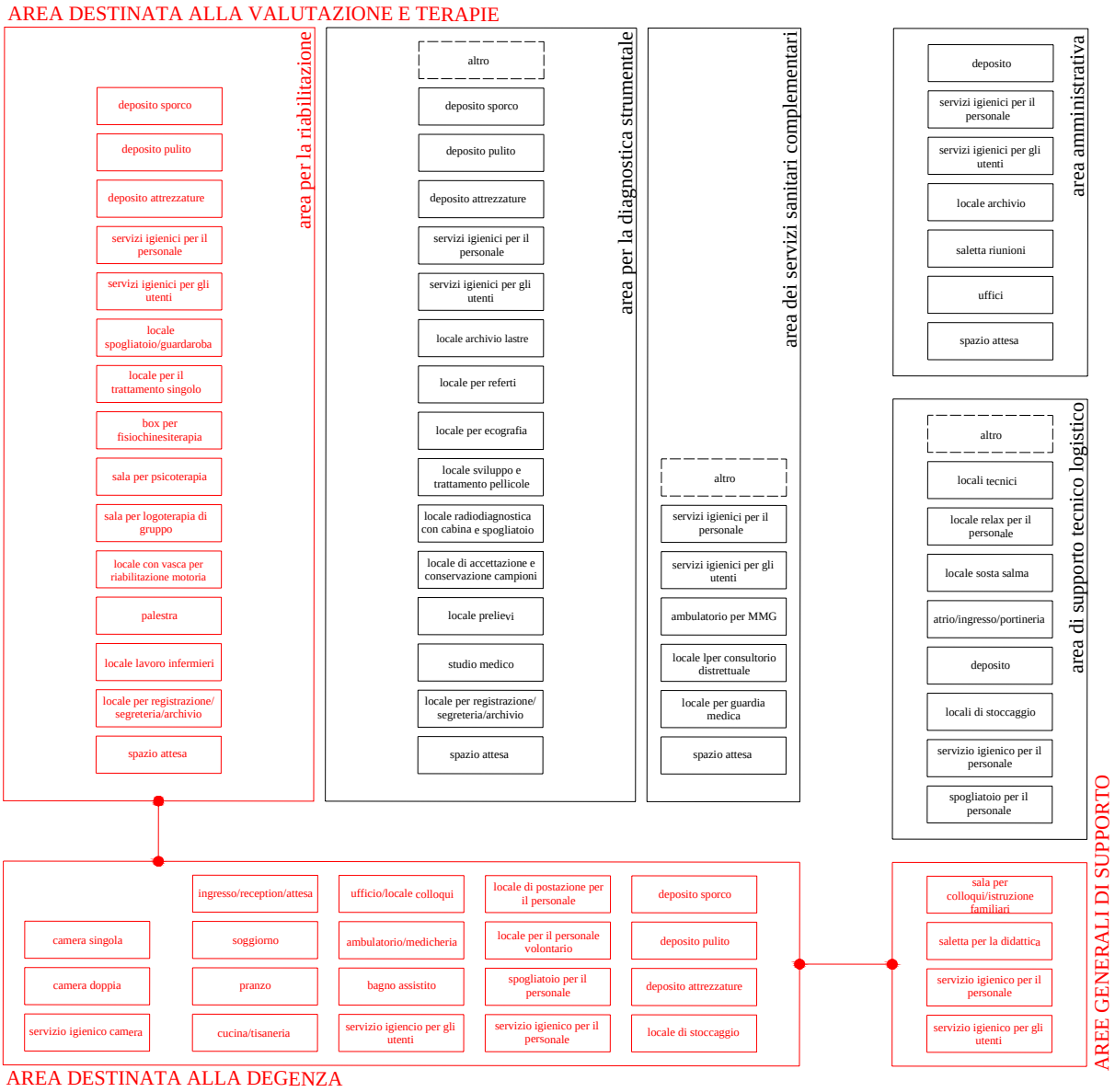
Caruso di Spaccaforno A.: *Interazione tra progettazione e valutazone nell'ottica della qualità. Il riferimento al quadro europeo*, Atti giornata di studio "Incidenza dei contenuti del progetto sulla qualità e sui costi delle opere edilizie", Quaderno n. 5 del DISET, Milano, 1995

Girard L.F: *Risorse architettoniche e culturali: valutazioni e strategie di conservazione. Una analisi introduttiva*, Franco Angeli, Milano, 1994

Guzzanti E.: *L'autorizzazione e l'accreditamento nella realtà delle strutture ospedaliere e delle tecnologie sanitarie in Italia: considerazioni e proposte*, Ricerca su Servizi Sanitari, Vol. II, n.1, I trimestre 1998

Maffei P.L., Di Martino M.P.: *Qualità e analisi del valore per le strutture sanitarie*, "Progettare per la Sanità", n. 45, maggio/giugno 1998

Maffei P.L: *Qualità totale e Analisi del Valore nel Processo Edilizio*, ETS, Pisa, 1996


AREA DESTINATA ALLA VALUTAZIONE E TERAPIE
area per la riabilitazione
deposito sporco
deposito pulito
deposito attrezzature
servizi igienici per il personale
servizi igienici per gli utenti
locale spogliatoio/guardaroba
locale per il trattamento singolo
box per fisiochinesiterapia
sala per psicoterapia
sala per logoterapia di gruppo
locale con vasca per riabilitazione motoria
palestra
locale lavoro infermieri
locale per registrazione/ segreteria/archivio
spazio attesa
area per la diagnostica strumentale
altro
deposito sporco
deposito pulito
deposito attrezzature
servizi igienici per il personale
servizi igienici per gli utenti
locale archivio lastre
locale per referti
locale per ecografia
locale sviluppo e trattamento pellicole
locale radiodiagnostica con cabina e spogliatoio
locale di accettazione e conservazione campioni
locale prelievi
studio medico
locale per registrazione/ segreteria/archivio
spazio attesa
area dei servizi sanitari complementari
altro
servizi igienici per il personale
servizi igienici per gli utenti
ambulatorio per MMG
locale lper consultorio distrettuale
locale per guardia medica
spazio attesa
area amministrativa
deposito
servizi igienici per il personale
servizi igienici per gli utenti
locale archivio
saletta riunioni
uffici
spazio attesa
area di supporto tecnico logistico
altro
locali tecnici
locale relax per il personale
locale sosta salma
atrio/ingresso/portineria
deposito
locali di stoccaggio
servizio igienico per il personale
spogliatoio per il personale
camera singola
camera doppia
servizio igienico camera
ingresso/reception/attesa
soggiorno
pranzo
cucina/tisaneria
ufficio/locale colloqui
ambulatorio/medicheria
bagno assistito
servizio igiencio per gli utenti
locale di postazione per il personale
locale per il personale volontario
spogliatoio per il personale
servizio igienico per il personale
deposito sporco
deposito pulito
deposito attrezzature
locale di stoccaggio
sala per colloqui/istruzione familiari
saletta per la didattica
servizio igienico per il personale
servizio igienico per gli utenti
AREE GENERALI DI SUPPORTO
AREA DESTINATA ALLA DEGENZA

Assessorato alla Sanità
Coordinamento Area Assistenza Sanitaria

La Casa della Salute

ed un percorso facilitato per la comunicazione nei pz con gravi patologie neuromotorie" quali le SLA

Scheda di Progetto

SCHEDA DI PROGETTO CASA DELLA SALUTE	
REGIONE	Campania
LOCALITA'	Comuni di: Stio, Monteforte Cilento, Magliano Vetere, Orria, Campora, Gioi Cilento, Salento, (Provincia di Salerno), ricadenti nel territorio dell'ASL SA3. (*Il territorio in oggetto è caratterizzato da una scarsa accessibilità rispetto al presidio ospedaliero di Vallo della Lucania a causa della tortuosità della rete stradale*). Il progetto prende le mosse dal principio, relativo al sistema delle primary care, del potenziamento del ruolo degli Enti locali nella programmazione delle attività sociosanitarie e nella loro valutazione. Il ruolo di co-decisione degli Enti locali nella programmazione delle attività delle ASL è infatti ancora estremamente limitato. Pertanto le Amministrazioni dei Comuni coinvolti nel presente progetto, consorziati, intendono proporre, attraverso un percorso comune e collaborativo, una risposta all'effettiva domanda della popolazione che rappresentano.
CARATTERISTICHE GENERALI DEL PROGETTO (Struttura architettonica, regolamento, organi di gestione , rapporti con / gli altri presidi etc)	Il progetto prevede la realizzazione di una struttura che si svilupperà su tre livelli, ubicata nel Comune di Stio (SA), ove è presente un appezzamento di terreno idoneo allo scopo, di proprietà dell'Ente Comunale, destinato dall'Amministrazione alla realizzazione del presente progetto, di cui si è fatta promotrice presso le altre amministrazioni comunali coinvolte, sulla scorta di un'analisi dei bisogni territoriali. Il bacino d'utenza della struttura è pari ad 8.000 unità. La scelta del luogo dove ubicare la struttura in esame nasce infatti non solo dall'analisi della domanda della popolazione in esame, dal difficile collegamento con il presidio ospedaliero più vicino, ma anche dalla considerazione che strutture come quella di progetto, polivalente e funzionale, in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, dovrebbe trovare collocazione nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 5-10.000 abitanti). La realizzazione di un'assistenza continua 24 ore al giorno e a sette giorni su sette è l'esigenza più avvertita dai cittadini ed è l'unica mezzo in grado di disincentivare l'uso inappropriato dei Pronto soccorsi ospedalieri (la popolazione ricorre al presidio ospedaliero anche quando il problema non è acuto, onde evitare di trovarsi in un secondo momento a vivere la distanza e la tortuosità dell'asse viario quale ostacolo al tempestivo soccorso del malato). Pertanto la soluzione consiste nel cambiare l'attuale organizzazione delle cure primarie, favorendo l'inserimento dei medici nell' insieme delle attività di assistenza primaria (dimissioni protette dai presidi ospedalieri, servizio in RSA e soprattutto Ospedali di comunità). Una forte responsabilizzazione e valorizzazione di tali professionisti, la rottura del lavoro per compartimenti stagni delle varie figure professionali impiegate sul territorio, può rappresentare una ipotesi di lavoro concreta per sperimentare in tempi stretti forme efficaci e sostenibili di continuità assistenziale. Ciò significa ovviamente stilare un'organizzazione di lavoro ripartita tra più professionisti che si danno il cambio nell' arco delle 24 ore e della settimana. Una organizzazione di questo genere ha il pregio, tra l'altro, di contribuire a stabilire un rapporto di fiducia tra il cittadino e i professionisti della medicina

	generale che in questo momento è assicurata dal medico di famiglia. ***Inoltre, la Casa della Salute può rappresentare la struttura intermedia tra Ospedale e territorio sopperendo alla frammentarietà, diversità di orari e mancanza di un unico luogo fisico che sono spesso motivi difficoltà di informazione e accesso ai servizi, di ritardi e di disorientamento, specialmente per gli anziani e le loro Famiglie, soprattutto per coloro che hanno in casa pazienti fragili, soli, disabili o affetti da patologie cronico degenerative quali l'Alzheimer.*** La "casa della salute" rappresenta il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in cui il team degli operatori (medici di base, specialisti ambulatoriali, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale) può lavorare superando le precedenti divisioni. La casa della salute è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate tra loro in cui si realizza concretamente: - la **presa in carico del cittadino attraverso un punto unico di accesso**; - **l'integrazione socio sanitaria** - la **prevenzione primaria**, **secondaria e terziaria;** - **un'assistenza domiciliare** delle cure a forte integrazione multi disciplinare, - **una continuità assistenziale** 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 ed infine si garantisce - **la partecipazione dei cittadini**, che viene disciplinata attraverso procedure certe, codificate e periodicamente verificate. Essendo la casa della salute un presidio fortemente modulare, sono di seguito delineati i servizi che afferiranno a tale area di progetto. Nel loro complesso essi possono ricomprendere le seguenti linee di attività. - Servizio delle prestazioni urgenti, dei prelievi e delle donazioni. - Ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze; - Ambulatorio dei medici di Medicina generale - Continuità assistenziale (ex guardia medica); - Ambulatorio infermieristico; - Ambulatorio di valutazione e cura dei disturbi cognitivi - Servizio di riabilitazione - Servizio per le certificazioni medico legali - Ospedale di Comunità; - Attività specialistiche; - Area delle tecnologie diagnostiche semplici. In almeno quattro macro oltre all'area CUP: area Porta Unica di accesso (PUA), area dei servizi sanitari;area dei servizi socio-sanitari; area dei sevizi sociali. Nella Casa della Salute sarà possibile, inoltre, segnalare disservizi, presentare reclami, richiedere il riconoscimento dell'invalidità o dell'indennità di accompagnamento.
❖ Numero di Medici medicina generale presenti nella struttura e/o collegati ad essa	I MMG che già esercitano sul territorio in esame e che sono coinvolti direttamente nel progetto sono 5. Anche il PSN 2006-2008 considera un importante ambito di rinnovamento del S.S.N. la riorganizzazione delle Cure Primarie attraverso un"processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei MMG e dei

	PLS nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorenti l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio". È previsto nella struttura di progetto lo spazio destinato ad ambulatorio dei medici di Medicina generale per tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che desiderano trovare nella Casa della Salute lo spazio per i loro studi medici. La Casa della salute costituirà la sede del coordinamento per tutte le attività comuni di tutti i medici di famiglia, che vanno dalla raccolta dei dati epidemiologici alla definizione di programmi e di protocolli terapeutici, dalle forme di consulto agli approfondimenti sui farmaci, dall'educazione alla salute dei cittadini alla formazione sui diversi problemi della professione. I medici di famiglia avranno ambulatori propri con sale di attesa, spazi per attività collegiali, servizi di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche e informatiche (Telemedicina e Teleconsulto), servizi d'informazione direttamente collegati con il Centro Unificato di Prenotazione (sportello), archivio informatizzato delle cartelle cliniche, ecc. Sarà poi garantita la continuità assistenziale dalla presenza della guardia medica 7 giorni su 7 e 24 ore al giorno come funzione fondamentale delle cure primarie.
❖ Numero di specialisti ambulatoriali presenti e loro specializzazione	Gli ambulatori specialistici da prevedere, con aree e orari adeguati, possono essere diversi, con diversa frequenza settimanale, sulla base delle esigenze della popolazione, utilizzando sia gli specialisti convenzionati che quelli dipendenti dalla struttura ospedaliera (internista, chirurgo generale e vascolare,geriatra, cardiologo, diabetologo, allergologo, neurologo, pneumologo, oculista, dermatologo, ortopedico, fisiatra, dentista, ginecologo, pediatra). Verrà pertanto promosso il lavoro in team con il MMG e la pronta disponibilità degli specialisti ambulatoriali per consulenze urgenti.
❖ Porta unica di accesso, segretariato sociale e integrazione socio-sanitaria	Verrà realizzata la *presa in carico* del cittadino attraverso l'istituzione del punto unico di accesso ai servizi. La creazione di una Porta Unica di Accesso per le prestazioni sociali e sanitarie darebbe finalmente certezza al paziente, portatore di problematiche spesso complesse, di ottenere una risposta tempestiva ed adeguata alle sue effettive necessità. Il Punto unico di accesso dovrebbe rappresentare la porta attraverso la quale si realizza la presa in carico da parte del Ssn. o l'affido del paziente all'equipe che ne ha la specifica competenza. Una presa in carico effettiva del paziente, attraverso la definizione di precisi percorsi assistenziali, comporterebbe ripercussioni importanti anche sui livelli di appropriatezza delle prestazioni e sulla accessibilità dei servizi. I servizi di integrazione socio-sanitaria presenti nella struttura in oggetto sono stati scelti in funzione delle esigenze di programmazione e dei diversi bisogni dalla comunità di riferimento: - Area della prevenzione. Sarà lo spazio strategico della Casa della Salute in cui si costruiranno i rapporti di collaborazione tra Servizi sociosanitari e cittadini, si svilupperanno programmi partecipati di intervento sui fattori ambientali, sulle cause di malattia, si predisporranno e si realizzano gli screening sulle principali malattie, si imposteranno i programmi di educazione alla salute con la scuola, con i Centri sociali degli anziani, con i Patronati dei Sindacati, con le Associazioni di utenti e di cittadini, con le Associazioni del volontariato. In questa area troveranno collocazione le proiezioni funzionali del

	Dipartimento di prevenzione collettiva per attività di sanità pubblica che devono coinvolgere nei programmi i medici di medicina generale che dispongono di una mole ingente di informazioni epidemiologiche e mantengono rapporti quotidiani con i cittadini-utenti. (il territorio di riferimento è anche oggetto di studio da parte del CNR di Napoli, “Progetto Parco Genetico del Cilento”; che nasce nel 2001, dal "Progetto di ricerca multidisciplinare per lo studio delle popolazioni isolate" con lo scopo di identificare fattori di rischio genetico per malattie multifattoriali. Iniziato in dodici comuni del Parco Nazionale del Cilento, il progetto ha rivolto finora una particolare attenzione alle popolazioni di Campora, Gioi e alla sua frazione Cardile). - Consultorio familiare. Essi rappresentano la sede per l’educazione alla vita degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, per l’educazione della donna al parto, per il contrasto delle pratiche abortive, per la prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia, per la salute della donna. In tale spazio vengono concentrate le attività amministrative e di supporto ai Medici e agli altri operatori della casa della salute - Gli uffici per il Servizio sociale rappresentano un’area riservata e finalizzata a ragioni d’ufficio, per colloqui, per accoglienza per situazioni di estremo bisogno, per il pronto intervento sociale, da attivare con l’apporto delle Associazioni del Volontariato. - La Casa della salute deve disporre di un’area destinata alle attività amministrative per il governo della struttura, con personale adeguato per consistenza e professionalità, per l’informazione e comunicazione con i cittadini, per il supporto delle attività sanitarie e sociali svolte nella Casa della Salute, in modo da semplificare i percorsi assistenziali dei cittadini e da “liberare” gli operatori, in particolare i medici di famiglia, dalle incombenze burocratiche che limitano e complicano l’esercizio della professione.
❖ Gestione ADI e facilitazione della comunicazione nei pz con gravi patologie neuromotorie” quali le SLA	L’ADI avrà una propria sede all’interno della struttura. Le attività di programmazione, di coordinamento delle attività, di approfondimento dei casi saranno svolte nella Casa della salute. L’ADI è un’équipe composta dal Medico di famiglia competente per il caso, da infermieri, da assistenti sociali, da operatori sociosanitari, da specialisti che intervengono secondo le necessità rilevate dall’Unità di Valutazione Multidimensionale nel Piano individuale di assistenza (Pia) e dal medico di medicina generale nel corso del trattamento. La struttura eserciterà la funzione di Centro diurno, in cui l’ADI svolgerà le sue attività di appoggio assistenziale per persone non autosufficienti che di giorno non possono restare in famiglia. Il Centro diurno costituisce un anello fondamentale della rete territoriale di assistenza sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria e pertanto è parte integrante dell’ADI. Nell'ambito di tale percorso un'area specifica sarà dedicata alla “facilitazione della comunicazione nei pz con gravi patologie

	neuromotorie" quali le SLA. La Sla è una grave malattia neurodegenerativa, di cui non si conoscono ancora né le cause né cure efficaci per guarirla, che comporta la progressiva paralisi di tutti i muscoli volontari delle persone che ne vengono colpite. I malati di Sla progressivamente perdono le capacità di muoversi, nutrirsi, comunicare e respirare autonomamente. Necessitano pertanto di un'adeguata assistenza da parte di un team multidisciplinare di specialisti (neurologo, pneumologo, nutrizionista, psicologo, riabilitatore, fisiatra) così come del medico di medicina generale. Parallelamente, nel percorso di continuità assistenziale, rivestono un ruolo fondamentale anche tutti quegli attori deputati a fornire servizi assistenziali sul territorio, ed in particolar modo le Asl. Per consentire agli ammalati di Sla e alle loro famiglie il mantenimento di un adeguato livello di qualità di vita sarà attivata, con il contributo anche dell'Associazionismo una rete specifica per i paz e le loro famiglie che dovrà garantire oltre ad una tempestiva ed esaustiva informazione (sulla malattia e sulle complicanze che essa comporta, sulle possibilità di cura e di assistenza, sui diritti e sugli ausili tecnologici utili) una concreta presa in carico globale a più livelli in ospedale, sul territorio e al domicilio tramite l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) in grado rispondere ai bisogni di chi si trova a fronteggiare una malattia che, per la sua complessità, è "di tutta la famiglia". Il Progetto vuole configurarsi come una proposta concreta ed immediatamente attuabile di intervento ed, insieme, come un momento di sensibilizzazione nei confronti della Sla e delle problematiche ad essa connesse. A tale scopo si fa riferimento alla *Linea progettuale 1. cure primarie: Progetto* "Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie", ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 Bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2007 come da Rep. Atti n. 164/CSR del 1 agosto 2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri-Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Il Ministero ha inoltre istituito un fondo pari ad euro 10.000.000,00, suddividendo lo stesso regione per regione, nel caso specifico della Regione Campania la quota a disposizione risulta essere di euro 985.661,00.
❖ Ambulatorio infermieristico e/o piccole urgenze	Ambulatorio infermieristico. Gli infermieri assegnati, pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale nei moduli operativi integrati: l'Unità di Valutazione Multidimensionale, gli ambulatori, i Consultori, l'ADI, il Centro diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale (posti letto distaccati nelle sedi dei Comuni di Magliano, Campora, e Orria). Ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze; sarà sempre disponibile, aperto nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale.

❖ Laboratorio analisi	Servizio delle prestazioni urgenti, dei prelievi e delle donazioni.
❖ Radiologia	Area delle tecnologie diagnostiche semplici, (radiografie, ecografie, mammografie, spirometrie, prove da sforzo, ecodopler utilizzate direttamente dai medici di base e dagli specialisti, o da tecnici di radiologia e da radiologi che fanno recapito nella struttura con orari programmati).
❖ Ospedale di comunità e/o strutture per la riabilitazione	L'Ospedale di Comunità è un modello di struttura sociosanitaria territoriale della rete dei servizi distrettuali che si rivolge prevalentemente a persone anziane attraverso l'attivazione di posti letto gestiti dai loro medici di fiducia. Si colloca come anello di congiunzione fra la rete dei servizi domiciliari, le strutture residenziali per anziani (RSA, Case protette, di riposo, albergo) e gli ospedali. I fenomeni che spingono alla sperimentazione del modello organizzativo di Ospedale di Comunità sono diversi: - la ridotta capacità economica del sistema sanitario e i conseguenti tagli agli sprechi, - la riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari (dovuta anche all'aumento del lavoro femminile), - la maggiore capacità di autodeterminazione dei cittadini pazienti, - lo sviluppo del concetto di salute da "mancanza di malattia" a "benessere psico-fisico", - la maggiore sensibilità verso la prevenzione, - il progressivo invecchiamento della popolazione (corredato dall'aumento dell'aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative). A tale riguardo secondo "i dati ISTAT, l'Italia nel 2000 era il primo Paese al mondo per over 65 anni con il 17,7% della popolazione, pari a 10.200.000 persone, delle quali il 20% con disabilità parziale e 5%con disabilità grave; la proiezione, nel 2020, stima al 25-29% gli over 65anni, con un sensibile aumento dei costi del SSN", anche in Campania si è verificato tale incremento del numero di anziani. Infatti, considerando le ricostruzioni della popolazione intercensuaria dell'ISTAT, gli anziani (da 65 anni a 100 anni e più) al 1° gennaio 1996 risultavano essere pari a 717.703, al 1° gennaio 2006 risultavano essere pari a 886.485. Ma quel che più conta è che anche le previsioni sono particolarmente favorevoli in tal senso. Del resto, le previsioni della popolazione dai 65 anni in su residente in Campania al 1° gennaio 2051, indicano che la crescita del numero di persone di tale fascia di età aumenterà fino a superare nell'ipotesi alta i 1.778.328. Circa a metà del periodo di previsione, nel 2030 la popolazione residente in Campania di età superiore ai 65 anni ammonterà a 1.459.554. la zona in oggetto è fra i territori caratterizzata da uno dei più alti indici di invecchiamento, rispecchiando a pieno i dati regionali. - la volontà di riorganizzazione strategica degli ospedali (rivolti alla gestione della fase acuta della malattia).

Sulla base di questi eventi l'OC cerca di dare risposte a bisogni di varia natura:

1. Esigenze di natura aziendale:

- riduzione di ricoveri ospedalieri impropri,
- riduzione dei rischi legati alla ospedalizzazione,
- riduzione di costi
- recupero di piccoli ospedali destinati al degrado
- garanzia di protezione sanitaria alla popolazione;

2. Esigenze di tipo professionale

- responsabilizzazione dei medici di medicina generale;
- incremento dell'associazionismo medico
- valorizzazione e rivalutazione del ruolo infermieristico
- valorizzazione del rapporto tra medico e paziente;

3. Esigenze del cittadino:

- riduzione del disagio ambientale e della spersonalizzazione del ricovero ospedaliero,
- umanizzazione della medicina,
- spinta all'approccio bio-psico-sociale alla persona,
- garanzia della continuità assistenziale,
- miglioramento dell'assistenza,
- incremento dell'accessibilità e del coinvolgimento dei familiari e del volontariato,
- mantenimento del paziente nel suo contesto ambientale,
- riduzione del pendolarismo dei familiari.

L'Ospedale di Comunità (Degenze territoriali) sarà progettato con 12 posti letto nei quali saranno ricoverati cittadini per stati patologici che difficilmente possono essere curati a domicilio, ma che non richiedono neppure ricoveri ospedalieri, affetti pertanto da patologie in atto che non necessitano di terapia intensiva o rilevante impegno tecnologico, in particolare se in condizioni di solitudine o in presenza di condizioni abitative - ambientali inadeguate. Si tratta di una struttura con un turno di infermieri sulle 24 ore, con operatori sociosanitari, nella quale la tutela medica è garantita dai medici di famiglia e dagli specialisti, secondo il bisogno. I MMG avranno la responsabilità clinica dell'accoglienza del malato e della gestione del paziente presso la struttura, con cadenze programmate e turni di pronta disponibilità e con il seguente impegno: tre ore tutte le mattine dal lunedì al venerdì da parte del collega più libero perché recentemente convenzionatosi, turni di due ore per gli altri, una o due volte la settimana (mattina o pomeriggio) in base alla disponibilità, infine un'ora di meeting il venerdì (ore 11,30-12,30) che vede insieme il MMG e il Coordinatore del Distretto per cercare di risolvere problemi organizzativi, discutere i nuovi ingressi e le dimissioni, aggiornare terapie, approfondire i casi più complessi, ecc. Nelle ore d'assenza dei suddetti medici l'assistenza sarà garantita dalla Guardia Medica, con sede ubicata all'interno della struttura stessa. Coordinatore sarà il Dirigente Sanitario del Distretto, con compiti di tipo tecnico - organizzativo. L'assistenza infermieristica sarà assicurata da una caposala e da 6 infermieri professionali (personale ASL o convenzionato), mentre l'assistenza di base sarà affidata a 5 OTA (operatori tecnico assistenziali, dipendenti ASL) e 7 ADB (addetti all'assistenza di base, personale convenzionato), personale di servizio della Casa della Salute. L'Ospedale di Comunità è un modello elastico che può adattarsi alle diverse realtà, a basso costo (100,00 euro/posto

	letto/die - in allegato è riportato un prospetto relativo ai costi di gestione), gratuito e ad alto gradimento da parte degli utenti, può essere attivato in pochissimo tempo sfruttando le economie dei servizi e il personale presente, recuperando il patrimonio ospedaliero, riduce i "ricoveri impropri" negli ospedali, consente al ricoverato di essere seguito da parenti ed amici più agevolmente di quanto non sia possibile nelle strutture pubbliche o private di città distanti anche decine di km, contribuisce a mantenere posti di lavoro in paese e previene i processi di "spersonalizzazione", tanto frequenti ed antipatici per chi è a lungo ricoverato in strutture ospedaliere. Per queste ragioni l'Ospedale di Comunità è di primaria importanza nella Casa della Salute in oggetto (in considerazione dei bisogni della popolazione e delle condizioni territoriali), e perché essendo gestito per la parte sanitaria dai MMG ciò consente di abbattere i costi, in quanto l'onorario per i medici è costituito da un modesto gettone e consente di avere la massima efficienza perché il malato entra in struttura accompagnato da una cartella sanitaria compilata dal suo medico che poi indicherà quali esami fare e quali terapie adottare, quindi riducendo tempi burocratici e sprechi economici. Servizio di Recupero e Riabilitazione funzionale. Si potrà programmare, potenziare e qualificare le prestazioni riabilitative pubbliche, sia per le persone eventualmente ricoverate nella struttura (nei posti letto Ospedale di Comunità interni alla stessa o nei posti delle limitrofe RSA) che per le utenze esterne (il domicilio, la Casa di riposo, la scuola…) .
❖ Telemedicina	Saranno disponibili tecnologie diagnostiche e informatiche (Telemedicina e Teleconsulto) Lo scopo è di rendere i medici di medicina generale aperti alla modernizzazione, con l'utilizzo degli apporti che alla medicina giungono dalla ricerca biomedica, dall'innovazione tecnologica e dai sistemi di informatizzazione, consentono loro di stabilire in tempo reale rapporti di consulenza e di collaborazione a distanza con centri diagnostici e di alta qualificazione. Il teleconsulto, la telediagnosi clinica, la teleassistenza e il telemonitoraggio sono già oggi un sistema di conoscenze alla portata della medicina di base.
❖ Istituti della partecipazione dei cittadini	
STATO DI AVANZAMENTO PROGETTO	Studio di fattibilità
DATA DI APERTURA	
EVENTUALI FOTOGRAFIE	
EVENTUALI LINK	

ALLEGATI:

1. Trasmissione da parte del Comune di **Stio** (SA) delle lettere di adesione al progetto di "Ospedale di Comunità" dei comuni: Monteforte Cilento, Magliano Vetere, Orria, Campora, Gioi Cilento, Salento.
2. Lettera di adesione del Comune di **Monteforte Cilento**(SA)
3. Lettera di adesione del Comune di **Magliano Vetere** (SA)
4. Lettera di adesione del Comune di **Orria** (SA)
5. Lettera di adesione del Comune di **Campora(**SA)
6. Lettera di adesione del Comune di **Gioi Cilento** (SA)
7. Lettera di adesione del Comune di **Salento** (SA)
8. Determina n.40 del 13/04/2008 di conferimento di incarico per lo studio di fattibilità per la realizzazione di un "Ospedale di Comunità"
9. Relazione illustrativa
10. Studio preliminare, analisi dei costi, delle superfici e del bacino d'utenza

Allegato B

TITOLO

Salute della donna e del bambino

Iniziative a favore delle gestanti, delle partorienti e del neonato

Linea progettuale 2.

DURATA

triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

COSTO TOTALE

Euro 5.000.000,00

CONTESTO GENERALE

Il progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.) relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 raccomanda che la " tutela della salute in ambito materno-infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura", individua una serie di obiettivi da raggiungere cui corrispondono dettagliate azioni e indicatori. Fra gli obiettivi principali relativi al percorso nascita ci sono: l'umanizzazione, la riduzione dei tagli cesarei, la promozione dell'allattamento al seno, favorire il rapporto puerpera-neonato

E' necessario che ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica

Riferimenti Normativi:

- P.O.M.I. 04/2000
- Piano Sanitario Nazionale

- Piano Sanitario Regionale
- Linee Guida per l'assistenza al parto fisiologico -DGR 2413 del 25/07/03
- Indicazione alla riduzione dell'incidenza del taglio cesareo- DGR n.118 del 02/02/05
- L.R. n.2 del 02/03/06 Norme per la promozione del parto fisiologico
- L.R. n.2041 del 23/11/07 Linee Guida alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere sulla promozione dell'allattamento al seno

Target:

Destinatari del progetto : Gestanti e puerpere

SCHEMA LOGICO

OBIETTIVO GENERALE	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
A) Riorganizzare il percorso assistenziale per la gravidanza, il parto e il puerperio fisiologico. (Linee guida Regionali)	Elaborazione e Condivisione di protocolli tra Punti Nascita aderenti al progetto e Territorio afferenti per realizzare una reale continuità metodologica e assistenziale Stesura della cartella unica che accompagnerà la donna in tutto il percorso gravidanza e parto Individuazione di sedi deputate alla diagnostica prenatale	Elaborazione Protocolli Nr di gravide seguite nel percorso nascita/ Nr totale di gravide che si rivolgono ai consultori Elaborazione n° di ambulatori implementati/ o n° di ore	Stesura e messa a regime dei protocolli operativi per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologico tra Punti Nascita del progetto e territorio Con l'attivazione del percorso si prevede di raggiungere il 5% delle gravide che si rivolgono ai Punti Nascita e consultori. Uniformità delle procedure da parte di ginecologi e ostetriche dei Punti Nascita e dei consultori. Miglioramento dell'assistenza specialistica e continuità assistenziale.

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
B) Migliorare le competenze e le relazioni di lavoro tra le diverse professionalità e le diverse strutture	Qualificazione del personale Definizione e Integrazione dei ruoli professionali nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologico	N° di corsi di aggiornamento attivati N° di incontri realizzati tra le diverse strutture	Miglioramento nelle specifiche competenze Uniformità e continuità assistenziale nelle procedure dell'equipe multidisciplinare dei Punti Nascita e del territorio Miglioramento del clima relazionale
C) Tutelare la gravidanza e il parto fisiologico	Potenziare l'offerta dei corsi di preparazione al parto/nascita	Nr di corsi implementati Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi / nr di donne che si rivolgono alle strutture aderenti al progetto	Attivazione in tutte le UUOOMI dei corsi di preparazione alla nascita e nei Punti Nascita aderenti al progetto Incremento del 5% delle gravide partecipanti ai corsi
	Adeguare le sale travaglio per favorire la riservatezza e la tranquillità alla donna durante il travaglio	Percentuale di sale travaglio adeguate	Formazione e Sensibilizzazione del personale sanitario nei Punti Nascita
	Presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto	Percentuale di parti con presenza di persona indicata dalla donna	Sul totale dei parti nei punti nascita aderenti al progetto,20% avverrà con presenza di persona scelta dalla donna
	Favorire contatto madre-bambino	Percentuale di bambini attaccati al seno entro le prime due ore/ tot. dei nati	Incremento della percentuale dei neonati attaccati al seno entro le due ore.

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
	Rooming-in	%di neonati per i quali è stato praticato il rooming-in in forma diurna e nelle 24h	Aumento del n. dei bambini che praticano il rooming-in
D) Promozione allattamento al seno	Corsi preparazione alla nascita e di assistenza post-nascita	Nr corsi attivati Percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi/ nr totale delle gravide che si rivolgono al consultorio e ai punti nascita Percentuale di donne assistite dopo il parto Percentuale di donne che partecipano ai corsi post-nascita Percentuale di donne che allattano al seno fino al terzo al mese	80% delle donne che partecipano ai corsi risultano preparate ad affrontare le prime cure al neonato (allattamento esclusivo al seno e accudimento).
E) Dimissione	Attivazione della rete sanitaria Ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato a rischio socio-sanitario	Percentuale di neonati sani assistiti a rischio socio sanitario/ nr totale dei nati. Percentuale di neonati con patologie assistiti a domicilio/ totale nati Percentuale di puerpere assistiti a domicilio	Attivazione della rete sanitaria: Punti nascita /territorio /PLS Percentuale di PLS coinvolti nella rete di assistenza socio-sanitaria.

Rapporto delle attività

ALLEGATO C

TITOLO

Promozione di pratiche assistenziali basate sulle evidenze scientifiche per promuovere l'allattamento al seno

Linea progettuale 2.

DURATA

triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

Importo:

Euro 5.000.000,00

CONTENUTI

Gli atti di programmazione ed indirizzi che la Regione Campania ha promosso sono tesi a promuovere il miglioramento dei servizi alla persona;

La tutela della salute in età evolutiva costituisce un impegno di valenza strategica per gli interventi di promozione e del benessere psicofisico della partoriente e del bambino.

Le Linee Guida alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Campania per la promozione dell'allattamento al seno hanno rappresentato un passaggio obbligatorio per la promozione e la riqualificazione della rete di servizi tesi a garantire l'assistenza durante tutto il "percorso nascita". L' obiettivo è di assicurare modalità di assistenza scientificamente aggiornate e validate, nel rispetto della fisiologia dell'evento nascita, del rafforzamento delle competenze genitoriali e delle scelte di ogni donna su come alimentare il proprio bambino.

Indispensabile quindi fornire alle ASL e alle Aziende Ospedaliere specifiche direttive per la promozione e la tutela dell'allattamento e fare in modo che tali direttive siano implementate.

Gli obiettivi del progetto sono quindi:

Aumentare i tassi di inizio dell'allattamento al seno esclusivo: entro il 2010, il 90% delle madri dovrebbero essere dimesse dai punti-nascita della Regione con un allattamento esclusivo.

Aumentare i tassi di allattamento esclusivo o prevalente al sesto mese: entro il 2010, il 50% dei bambini dovrebbero essere stati allattati prevalentemente al seno fino al compimento del sesto mese di età.

Aumentare i tassi di allattamento al seno totale: entro il 2010, almeno il 25% delle madri dovrebbe continuare l'allattamento al seno anche dopo lo svezzamento e, preferibilmente, almeno fino al compimento del primo anno di età del bambino.

Migliorare le competenze dei professionisti e le pratiche delle strutture sanitarie per ottenere i primi 3 obiettivi, in quanto sono disponibili buone evidenze scientifiche che il miglioramento delle competenze dei professionisti e di alcune pratiche delle strutture sanitarie sono associate ad un aumento dei tassi di allattamento al seno.

Obiettivi specifici

Obiettivi relativi all'organizzazione dei servizi

- **Costituzione di un nucleo centrale aziendale di coordinamento di tutte le attività relative alla promozione ed al sostegno all'allattamento materno**. Del nucleo fanno parte i responsabili delle UOMI, delle UO di neonatologia dei presidi ospedalieri ed il responsabile dell'ufficio formazione aziendale. Compito del nucleo centrale è la definizione del Piano annuale delle azioni per il sostegno all'allattamento al seno e la sorveglianza relativa alle azioni svolte ed al grado di raggiungimento degli obiettivi.

- Costituzione di equipe distrettuali, di cui fanno parte le varie figure professionali che operano nel settore materno-infantile territoriale e che lavorano nei punti nascita eventualmente presenti nel distretto o nei quali avvengono di prevalenza le nascite delle donne residenti nel distretto. Compito delle equipe distrettuali è di lavorare a tutte le attività di sostegno e promozione previste nel Piano annuale aziendale di sostegno all'allattamento al seno

Indicatori per la valutazione

Indicatori di struttura

% di aziende sanitarie ed ospedaliere che hanno costituito un nucleo centrale di coordinamento per il sostegno all'allattamento al seno

% di distretti sanitari che hanno costituito un'equipe distrettuale di sostegno all'allattamento al seno

% di UOMI che hanno creato uno spazio di ascolto, telefonico e fisico, per l'allattamento

% di distretti sanitari che hanno stilato e distribuito una mappa operativa di professionisti deputati a sostenere donne con difficoltà di allattamento al seno

% di UOMI che hanno istituito un sistema di visite domiciliari

Indicatori di processo

% di nuclei centrali di coordinamento che hanno redatto un piano annuale di sostegno all'allattamento con obiettivi misurabili

% di aziende che hanno fatto conoscere ai propri professionisti la politica dei 10 passi per il sostegno all'allattamento OMS-UNICEF

numero di incontri annuali tenuti tra il nucleo centrale e le equipe distrettuali

relazione annuale della valutazione fatta dal nucleo centrale di coordinamento delle attività svolte dalle equipe distrettuali

tipologia degli eventi formativi ECM sulla promozione dell'allattamento al seno organizzati a livello centrale e distrettuale per categoria professionale

punti-nascita dell'azienda accreditati come "Ospedale amico del bambino" nell'ambito dell'iniziativa OMS-UNICEF

numero di gruppi di madri che si sono costituite in ogni distretto e numero di incontri che ciascun gruppo ha tenuto in un anno solare

Indicatori di esito

% di neonati attaccati al seno entro le prime 2 ore

% di neonati attaccati al seno dopo le prime 24 ore

% di nati per i quali è stato praticato un rooming-in diurno e di 24 ore

% di neonati dimessi con latte materno esclusivo, supplementato e con formula

distribuzione delle modalità di allattamento al seno alla prima, seconda e terza vaccinazione del ciclo primario

Allegato D

TITOLO

Progetto regionale per la salute degli adolescenti.

Prevenzione dei rischi comportamentali (bullismo, condotte alimentari e salute riproduttiva)

Linea progettuale 2.

DURATA

triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

Importo Totale:

Euro 5.000.000.00

CONTENUTI

La Regione Campania ha promosso, in questi anni, articolati indirizzi di programmazione finalizzati a promuovere interventi rivolti specificamente agli adolescenti.

Emergono sempre più difficoltà di tipo relazionale e disagi psicosociali che spesso si manifestano in forme lievi, ma assumono anche caratteristiche di gravità sempre più rilevante, trasformandosi, in alcuni casi, in forme di devianza, disadattamento sociale o psicopatologia adolescenziale o "condotte irregolari".

A tale riguardo si ritiene in particolar modo evidenziare il progressivo incremento del fenomeno del "bullismo", sia a livello di frequenza e gravità delle forme assunte che la trasversalità rispetto a diverse realtà socio-culturali.

A tale proposito si evidenzia l'importanza di attivare progetti di educazione alla salute volti a prevenire il fenomeno del bullismo, di realizzare progetti tesi a promuovere l'educazione alla legalità. Tali progetti devono tendere a promuovere e sviluppare: - la capacità per riconoscere, accetttare e comunicare le proprie e altrui emozioni; - le competenze di assertività (come abilità ad esprimere con fermezza i propri bisogni, nel rispetto degli altri); - i comportamenti positivi, i valori della convivenza, accoglienza e solidarietà, della responsabilità e cooperazione, del rispetto ed aiuto reciproco; - il valore della legalità.

Altri fenomeni di rischio, correlati all'età adolescenziale, da non sottovalutare e da affrontare con azioni integrate, sia di natura educative che di interventi volti all'individuazione precoce dei bisogni ed all'attivazione di una tempestiva presa in carico, sono:

- l'alto rischio dovuto alle modalità di protezione approssimative con le quali gli adolescenti iniziano le loro prime esperienze sessuali;
- l'estrema problematizzazione inerente a gravidanze volute o indesiderate, portate a termine o interrotte, in età adolescenziale;
- l'estrema rilevanza e problematica, attinente la sfera psicologica e sociale, che assume il fenomeno abortivo nell'età adolescenziale

- la presenza di dipendenze patologiche (abitudine al fumo, abuso di alcool, uso di sostanze stupefacenti).

1. Riferimenti normativi

Il Progetto Spazio Adolescenti prende forma da articolati indirizzi normativi (sia nazionali che regionali), in particolar modo:

- D.G.R. n° 6941/91 "Atti di indirizzo per il potenziamento dei consultori familiari";
- L. R. n ° 32/94 - Legge di riordino del servizio sanitario regionale;
- D.G.R. n ° 2255/95 - Linee di Indirizzo sull'applicazione della L.R. n° 32/94;
- L. N.n° 451/97 Istituzione Osservatorio per l'Infanzia e l'Adolescenza
- D.G.R. n ° 460/99 - Linee Guida inerenti al Progetto di Promozione e Tutela della Salute degli Adolescenti;
- D.M. del 24.04.2000: "Progetto Obiettivo Materno-Infantile 1998-2000";
- circ. reg.le n° 12654 del 24.05.2000: "Attuazione Spazi Adolescenti nei Consultori Familiari - Legge n. 34/96 - Finanziamento Parte corrente";
- circ. reg.le n° 15109 del 31.07.2000: "Progetto Spazi Adolescenti"
- Piano Sanitario Regionale 2002-2004;
- Piano Nazionale Prevenzione 2005-2007;
- Piano Regionale Prevenzione D.G.R. n° 1133 del 20.08.2005 e D.G.R. n° 850 del 23.06.2006;
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;
- L. R. n° 17 del 24.07.06 Istituzione del Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza;

TARGET

Popolazione interessata 11-20 anni

Obiettivi Generali

1)1Migliorare sul versante quali/quantitativo le attività di promozione/educazione alla salute rivolte agli adolescenti e/o a target correlati (insegnanti/genitori).

2)Migliorare la capacità di attivare una presa in carico integrata, nell'ambito di percorsi di salute relativi ai bisogni complessi e multidimensionali degli adolescenti.

Obiettivi specifici

1) garantire la gestione/risoluzione del bisogno tramite la "presa in carico"per:

- difficoltà e disagi relazionali lievi dell'adolescenza;
- disturbi psicopatologici dell'adolescenza (compreso i disturbi del comportamento alimentare);
- procreazione responsabile e prevenzione aborto;
- tutela della paternità e maternità responsabile e gravidanza/nascita;
- interruzione volontaria di gravidanza;
- malattie sessualmente trasmesse;
- consulenze ad adolescenti su invio di altre istituzioni (es. Tribunale per i Minorenni);
- ascolto e consultazione per genitori ed insegnanti.
- su invio di altre istituzioni (es. Tribunale per i Minorenni);
- ascolto e consultazione per genitori ed insegnanti.
-

2) garantire la presa in carico dell'adolescente con bisogni complessi e multidimensionali:

rafforzare e potenziare il percorso di salute integrato "disturbi psicopatologici dell'adolescenza". Tale percorso di salute:

- deve garantire risposte integrate specificamente agli adolescenti con problemi più strutturati, che necessitano interventi e trattamenti a lungo termine;
- deve configurarsi come un percorso mirato e protetto di 2° livello in stretta relazione con il percorso di prima accoglienza (difficoltà e disagi relazionali lievi);
- accesso diretto e gratuito

INDICATORI

Percentuale di Consultori Familiari che hanno attivato punti di ascolto per adolescenti;

n. di Spazi Adolescenti attivati nelle ASL;

percentuale di abbandono scolastico;

percentuale di adolescenti con competenze appropriate sulla salute, su base campionaria;

percentuale di interventi specifici attivati.

Allegato E

INTERVENTI PRECOCI CENTRATI SUL COINVOLGIMENTO DELLE FAMIGLIE PER PREVENIRE E/O RIDURRE I DANNI DI BAMBINI CON DIVERSE DISABILITA' CONGENITE.

Linea progettuale 2.

DURATA

triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

Importo:

EURO 3.000.000,00

CONTENUTI

La Regione Campania ha attuato, un programma di interventi per il miglioramento del circuito diagnostico-abilitativo per il bambino diversamente abile. Considerate le peculiarità delle diverse realtà territoriali della Regione Campania, è emersa la necessità di definire raccomandazioni specifiche per costruire modelli operativi uniformi per le unità operative materno-infantili delle Aziende Sanitarie locali attinenti agli interventi rivolti all'area dell'età evolutiva.

Sono state approvate le linee guida rivolte agli operato del settore per perseguire il miglioramento della autonomia funzionale delle persone disabili, anche in relazione alla vita familiare e al contesto sociale e familiare.L'esperienza maturata presso il Dipartimento di Pediatria dell'Università di Napoli "Federico II" con la collaborazione delle Associazione di volontariato ha trovato l'occasione di una messa a punto strategico-organizzativa per un protocollo strutturato di intervento medico-biologico e neuropsichiatrico. In particolare, per quest'ultimo aspetto, vi è stata la possibilità di condurre in porto un progetto pilota teso a saggiare la fattibilità nel nostro contesto socio-culturale di un programma curricolare di intervento precoce, sulla scia di quanto da tempo realizzato negli Stati Uniti. Il progetto pilota ha utilizzato uno specifico programma denominato *Carolina Curriculum for Infants and Toddlers with Special Needs* destinato alla fascia d'età 0-2 anni e centrato sul coinvolgimento dei genitori. I risultati ottenuti hanno consentito di documentare la superiorità di tale tipo di intervento — relativamente alla promozione dello sviluppo psicomotorio rispetto agli approcci riabilitativi tradizionali (Infants and Young Children, 2006).

TARGET

Tutti i bambini 0-3 affetti da disabilità.

Tutte le famiglie con bambini con disabilità

OBIETTIVI

Fornire un orientamento in grado di garantire chiarezza ed uniformità alle prestazioni erogate.

Fornire un orientamento metodologico degli interventi.

Fornire indirizzi per la organizzazione della rete dei servizi e criteri generali anche per gli interventi attivabili all'interno dei LEA, adottando quale riferimento un modello di percorso integrato socio sanitario.

Favorire la formazione degli operatori per il lavoro di rete e per l'approfondimento delle conoscenze dei curricula relativi agli interventi precoci centrati sulla famiglia.

OBIETTIVO GENERALE

Promuovere un modello di intervento precoce centrato sul coinvolgimento dei genitori per

prevenire e/o ridurre i danni del bambino.

Ampliare le competenze genitoriali.

Promuovere una responsabilità condivisa tra operatori e genitori.

Facilitare lo sviluppo del bambino attraverso interventi non medicalizzati.

OBIETTIVI SPECIFICI

Istituzione di equipes territoriali nelle Aziende sanitarie locali per la presa in carico del sistema familiare prevedendo azioni di supporto per inserimento di bambini con disabilità di età compresa tra 0-3 e le loro famiglie in un programma organico di intervento precoce.

Facilitare l'accesso degli utenti a talii servizi.

Ridurre la sovrapposizione degli interventi sul singolo paziente e migliorare l'appropriatezza

Migliorare le competenze e le relazioni tra i diversi operatori specializzati nelle metodologie di intervento precoce per la promozione dello sviluppo.

OBIETTIVO INTERMEDIO

Raccolta di dati attraverso il Carolina Curriculum le cui schede verranno compilate di volta in volta con il bambino .

INDICATORI

Numero di ASL che hanno attivato le equipes ;

Percentuale di ASL che hanno attivato programmi di specifici

di integrazione funzionale;

N° di bambini inseriti nei percorsi " di presa in carico"

N°corsi di formazione degli operatori del settore

Allegato F

Progetto regionale per la prevenzione dei disturbi della menopausa e climaterio

Linea progettuale 2.

DURATA

triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

COSTO TOTALE

Euro 5.000.000,00

Il progetto intende sostenere la donna nel passaggio all'età post-fertile inteso come periodo di transizione precorrente la terza età e caratterizzato da una complessa serie di trasformazioni biologiche e sessuali che possono essere accompagnate da sintomi.

La sintomatologia dovuta alle trasformazioni ormonali può diventare lo specchio soggettivo interiore di altre difficoltà esterne, relazionali, familiari, ambientali con vissuti psicologici a queste collegati, che la donna affronta prevalentemente nella sfera dell' individuale, dell'intimo e del privato.

Attualmente, forse comunemente, si assegna all'esaurimento della funzione riproduttiva proprio della menopausa un significato di perdita e di negatività, nel contempo si tende a considerare la carenza ormonale estrogenica come l'unica causa eziopatogenetica delle patologie cosiddette "a breve, medio e lungo termine".

Al contrario lo stile di vita, considerato come l'insieme dei comportamenti dipendenti da fattori individuali, sociali, ambientali in uso alla società o a differenti gruppi di essa o a differenti individui, influenza fortemente il rischio di malattia lungo tutta la vita e ciò vale anche per la donna in menopausa. Già prima dell'età feconda è necessario porre attenzione alle abitudini igienico-alimentari nell'ottica dell'inscindibilità di un approccio globale a tale problematica che intervenga con una campagna educazionale di tipo igienico-comportamentale dall'età evolutiva fino alla terza età.

Le statistiche più recenti rilevano una maggiore attesa di vita della popolazione che per le donne, raggiunge la media degli 80 anni circa di cui 30 successivi alla menopausa.

Appare evidente la ricaduta in termini di benessere psicofisico per un progetto di prevenzione a carattere socio-sanitario rivolto alle donne in età perimenopausale e postmenopausale capace sia di individuare rischi e patologie sia di modificare atteggiamenti e comportamenti dannosi: tutto questo in un contesto culturale poco attento ai bisogni della donna che invecchia.

Occorre un piano articolato tra i servizi Territoriali, Ospedalieri ed Universitari che attraverso un utilizzo integrato dei servizi socio-sanitari crei percorsi di accompagnamento, dalla sensibilizzazione, l'informazione, l'ascolto, al ricorso corretto di prescrizioni diagnostiche e interventi terapeutici che la medicina dell' evidenza offre. Ciò al fine di consentire alle donne la consapevolezza di sentirsi seguite,

riconosciute, tutelate, nell'acquisizione di una corretta coscienza sanitaria e nella rivalutazione della soggettività anche in questa fase del ciclo di vita femminile.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- P.O.M.I. D.M. 24.04.2000
- L.R. 32/94
- Piano Sanitario Nazionale
- Piano Sanitario Regionale
- Delibere Regionali per lo screening Ca portio e mammella
- D.L. 4845 sui LEA
- Delibera regionale 44 del 29-settembre-2003 "Protocollo di un iter di prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi in menopausa"

TARGET

- Destinatarie del progetto sono le donne di età compresa tra i 45 e i 56 anni ivi comprese le donne in menopausa precoce, iatrogena e con prolungato ipoestrogenismo (> 12 mesi).

OBIETTIVI GENERALI

- Benessere psico-fisico della donna in perimenopausa e postmenopausa
- Promozione del miglioramento degli stili di vita e modifica degli atteggiamenti della società rispetto alla terza età della vita della donna.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Uniformare l'approccio alla menopausa nelle strutture territoriali U.O.M.I. e ospedaliere.
- Promuovere il lavoro di equipe attraverso l'integrazione delle attività legate al percorso menopausa e la comunicazione tra medici di medicina generale, medici consultoriali, medici ospedalieri, medici universitari, terzo settore
- Favorire l'accesso ai servizi riducendo l'uso improprio di prestazioni diagnostiche e terapie con gli sprechi economici derivanti.
- Fornire una corretta informazione sulle problematiche connesse alla menopausa.
- Prevenire o ritardare le patologie legate alla senescenza, con particolare riguardo alla riduzione del disagio psicologico per favorire un sereno percorso di invecchiamento.

INDICATORI

di struttura:

- apertura dello spazio menopausa almeno una volta a settimana per un totale di tre ore rivolto esclusivamente al target in oggetto

di accesso:

- numero di utenti che afferiscono (con indicazione dell'eventuale inviante)
- incremento annuale delle utenti

di partecipazione:

- *adesione grezza*: numero di donne che si sottopongono all'arruolamento/numero di donne invitate
- *adesione corretta*: numero di donne invitate/numero di donne che rientrano nei criteri di esclusione e gli inviti inesitati)

- *copertura*: percentuale della popolazione bersaglio che già è stata invitata ed ha risposto all'arruolamento
- *% di partecipazione per classi di età, stato civile, luogo di nascita* ed altre variabili disponibili per individuare eventualmente gruppi selezionati o a maggiore rischio
- *% di partecipazione per I e II invito*
- *adesione ai gruppi*: numero delle donne che partecipano ai gruppi/numero di donne invitate

Del processo diagnostico:

- *% delle donne che ritornano sul totale delle donne esaminate*
- *% di adesione ai richiami*
- *% di donne soddisfatte*
- *% copertura massima*: percentuale della popolazione che esegue interventi diagnostico-terapeutici integrati con altre strutture del territorio
- *numero di associazioni socio-culturali sensibili al progetto*

Precoci di impatto

- *tasso di identificazione di patologie distinte per classi* (oncologica, cardiovascolare, ossea, …)
- *rapporto prevalenza/incidenza per classi di età*
- *percentuale di donne che hanno cambiato stile di vita su base campionaria annuale*

RISULTATI ATTESI

Tutti gli sforzi rivolti all'educazione socio-sanitaria, al miglioramento della diagnosi precoce e ad una prevenzione efficiente producono un risparmio della spesa sanitaria e un miglioramento della qualità della vita.

All'uopo sarà istituito un osservatorio per la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei dati con finalità di verifica e monitoraggio delle attività poste in essere.

Allegato G

Miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali finalizzate ad una idonea applicazione della Legge 194/ 78.

Linea progettuale 2.

DURATA

triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

COSTO TOTALE

Euro 5.000.000,00

Introduzione

L'andamento statistico nazionale dell'applicazione della legge 194/ 78, come si evince dai dati contenuti nella relazione del Ministro al Parlamento in data 4 ottobre 2007, mette in evidenza che la legalizzazione dell'aborto, ha favorito la sostanziale riduzione della richiesta di IVG, grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevoli, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge stessa.

L'impegno programmatico di sanità pubblica e quello indirizzare più coerentemente le relative scelte operative, al fine pianificare gli interventi più adeguati di prevenzione, indicare le procedure più appropriate in termini di maggiore tutela della salute della donna e di maggiore efficienza, anche alla luce delle innovazioni tecnico-organizzative intervenute nel tempo.

Il fenomeno migratorio che ha avuto maggiore sviluppo nel corso degli ultimi anni, impone, inoltre, l'adozione di specifici interventi di informazione e prevenzione rivolti alla popolazione straniera presente sul territorio nazionale, soprattutto attraverso la formazione degli operatori finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva, al fine di favorire l'accesso ai servizi .

Dai dati messi a disposizione del Ministero della Salute riferiti all'anno 2006, risulta che il tasso di abortività è stato dell'8.2 $‰$ in Campania, dell'8.8 $‰$

Il numero di IVG effettuato da donne straniere è in costante aumento rappresentando in Campania il 17.8% rispetto al totale di 9.462 interventi effettuati per donne di cittadinanza

Relativamente ai luoghi presso i quali viene rilasciata la certificazione per IVG, risulta che in Campania il 16.9% delle certificazioni è stato emesso dal consultorio, dato nazionale 36,9%, il 16.2% dal medico di fiducia, dato nazionale 28.1% ed infine il 66.7% dal servizio ostetrico-ginecologico, dato nazionale del

37.9%. Si sottolinea che nelle regioni dove è maggiormente sviluppata la rete consultoriale, la percentuale sale al 85%.

Campania, contro il 47.3% in tutta Italia, mentre 55.2% è stata la percentuale di donne coniugate che ha effettuato l'IVG, rispetto al 46.8% registrato sul territorio nazionale.

In Campania sono attivi n. 177 consultori, ossia 1.2 x 10.000 donne in età feconda tra i 15-49 anni, dato nazionale 1.6 x 10.000 e 0.6 x 20.000 abitanti, dato nazionale 0.7 x 20.000.

Gli obiettori di coscienza sono in costante aumento in regione Campania, bel oltre la percentuale nazionale. Infatti hanno rilasciato dichiarazione di obiezione l' 83% dei ginecologi, che in Italia sono il 69,2%, il 73.7% degli anestesisti, contro il 50.4% registrato in tutta Italia e il 74% del personale non medico, contro il valore nazionale di 42.6%.

Va segnalato, inoltre, che la percentuale di IVG ripetute in regione Campania rimane elevata, anche rispetto al valore nazionale, a testimonianza di una non ottimale incisività dell'azione di prevenzione del fenomeno, prevalentemente legato alla scarsa abitudine delle donne di fruire dei servizi consultoriali territoriali dopo l'intervento; non si consente in tal modo al Consultorio familiare di svolgere una delle principali funzioni ad esso deputate, ossia l'auspicata presa in carico delle cittadine che si sono sottoposte ad aborto almeno una volta.

Target

Tutte le donne in età fertile

Obiettivo

Il miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali in applicazione della legge 194/ 78 su tutto il territorio regionale, al fine di promuovere una maternità cosciente e responsabile, ridurre il ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza, prendere in carico le donne italiane ed immigrate che intendono effettuare l'IVG.

Obiettivi specifici

- potenziare l'azione di prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza attraverso interventi educativi ed informativi al fine di favorire l'uso corretto e consapevole della contraccezione;
- ridurre il fenomeno abortivo, potenziando la capacità dei consultori familiari di raggiungere le donne a rischio: donne con disagio sociale, che hanno partorito di recente, adolescenti, che hanno già abortito, di diversa nazionalità e religione, donne con disagio psichico e dipendenze,ecc., fornendo loro sostegno psicologico e/o sociale finalizzato alla definizione di possibili alternative alla scelta di abortire;
- adottare specifici interventi di prevenzione rivolti alle donne straniere che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi;
- assicurare l'assistenza sanitaria alle cittadine comunitarie, anche non iscritte al SSN, avendo queste diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti, tra cui sono incluse quelle relative alla tutela della maternità e all'IVG (nota illustrativa inviata alle Regioni in data 19 febbraio 2008);
- garantire la prescrizione della contraccezione di emergenza, oltre che nei servizi consultoriali, anche nei pronto soccorso e nei presidi di continuità assistenziale;
- assicurare la presenza di almeno un medico non obiettore in ogni Consultorio Familiare;
- promuovere l'informazione sul diritto a partorire in anonimato DPR 396/2000 al fine di contrastare il fenomeno degli abbandoni di neonati;

- offrire un percorso unitario e programmato territorio-ospedale, riservato alle donne che richiedono l'IVG, che garantisca la presa in carico e:
  - l'organizzazione dei tempi di attesa tenendo presente che gli stessi non dovrebbero superare i 7/10 giorni dalla data del certificato, al fine di diminuire l'età gestazionale alla data dell'interruzione, elemento che rappresenta il maggior fattore di rischio di complicanze post-IVG;
  - l'articolazione degli interventi di IVG in regime di ricovero diurno assicurando il ricovero in caso di complicazioni;
  - la programmazione degli interventi post-IVG, presso le sedi consultoriali, per offrire la più idonea consulenza contraccettiva, al fine di ridurre la ripetitività dell'aborto;
- agevolare la donna nella fase di prenotazione in base all'urgenza dell'intervento, cioè in base all'epoca di gravidanza, nel pieno rispetto della riservatezza e della libertà di scelta rispetto alle strutture presso le quali effettuare l'intervento;
- migliorare l'offerta di servizi deputati alla diagnosi pre-natale, garantendo l'utilizzo di tecniche aggiornate che consentano diagnosi quanto più precoci e che non ledano le capacità generandi della donna;
- offrire un percorso unitario e appropriato alle donne che devono effettuare l'IVG nel 2° trimestre;
- migliorare le competenze del personale afferente ai consultori familiari, in riferimento alle nuove disposizioni normative e promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata anche agli approcci interculturali.

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
Prevenire il ricorso all'IVG	- offrire il colloquio; - garantire il supporto psicologico e sociale - assumere la presa in carico della donna che richiede l'IVG - offrire interventi finalizzati alla consulenza per la procreazione consapevole post IVG, per la prevenzione del ripetuto ricorso all'IVG	- percentuale di certificazioni IVG rilasciate dai consultori; - tempo di attesa tra certificazione e intervento - riduzione delle percentuali di ripetuto ricorso all'IVG. - Percentuale di donne che tornano al Consultorio Familiare dopo l'IVG

Allegato H

TITOLO

PROGETTO "IN-CULTURA" - interventi integrati di prevenzione e formazione/informazione sulla salute degli stranieri temporaneamente presenti sul nostro territorio

Linea progettuale 2.

DURATA

triennale

REFERENTE PROGETTO

Regione Campania

COSTO TOTALE

Euro 5.000.000,00

Il Progetto "In-Cultura" - Intende rafforzare e sostenere i consultori familiari presenti sul territorio della Regione dove in precedenza hanno già gestito ambulatori STP tramite il supporto alle attività di tutela e presa in carico di donne e minori stranieri con particolare riferimento a donne in stato di gravidanza.
Sono previstinterventi integrati di prevenzione e formazione/informazione sulla salute degli stranieri temporaneamente presenti sul nostro territorio, rivolto agli operatori sanitari, del Volontariato sociale, degli Enti Locali e della Scuola della Prima Infanzia con la finalità di favorire cambiamenti culturali nelle popolazioni immigrate e sensibilizzare gli operatori coinvolti attraverso l'acquisizione di strumenti conoscitivi ed interpretativi utili a favorire il dialogo, elaborando strategie ed azioni di tutela, di prevenzione e di sensibilizzazione.

Obiettivi

L'obiettivo è acquisire una conoscenza / competenza da parte degli operatori sia in ambito sanitario che sociale e culturale degli stranieri con bisogni di salute ed in particolare di impiantare attività di prevenzione della gravidanza,d'interruzione di gravidanza, screening delle patologie ginecologiche di prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale.

Obiettivi specifici

Formazione rivolta ai mediatori culturali;

formazione del personale delle Aziende sanitarie relative agli aspetti socio-culturali e legali dell'assistenza sanitaria al paziente immigrato;

attivazione dell'offerta attiva di strumenti formativi e comunicativi che aiutino la popolazione STP a rivolgersi ai servizi preposti a tale attività;

formazione sul tema dell'infibulazione, rivolto agli operatori sanitari, agli operatori del volontariato locale, agli operatori degli Enti Locali, agli operatori della scuola referenti dell' educazione sanitaria, ed *in primis* al personale coinvolto nel lavoro con le donne e le bambine che provengono dai paesi dove tale pratica in uso;

elaborazione di un modello organizzativo da poter permettere una continuità assistenziale tra territorio, ospedale e associazioni di volontariato coinvolte,

elaborazione di un percorso di educazione alla salute per favorire cambiamenti culturali nelle popolazioni immigrate e per sensibilizzare gli operatori coinvolti, tramite opportune attività di informazione e prevenzione;

acquisizione di strumenti conoscitivi utili a favorire il dialogo ed a garantire una continuità della cultura tribale delle donne pur modificando le pratiche della infibulazione, eventualmente sostituendola con un'altra pratica simbolica;

Individuazione di strategie di contrasto presso le comunità di provenienza e con l'ausilio di mediatori culturali esperti;

Individuazione di strategie di integrazione come l'inserimento scolastico dei bambini; Innalzamento dell'istruzione delle donne ;

3 Target

Tutte le donne e bambini immigrati;

Indicatori

- Numero di partecipanti ai corsi di formazione;
- Numero di donne contattate;
- Numero di donne assistite dal territorio
- Numero di donne assistite presso le strutture ospedaliere
- Numero di bambini inseriti a scuola
- Numero di bambini vaccinati

Risultati attesi

- acquisire conoscenze/competenze da parte degli operatori socio-sanitari in ambito sia sanitario che sociale e culturale;

- favorire cambiamenti culturali nelle popolazioni immigrate;

- fornire gli strumenti conoscitivi utili a favorire il dialogo ed a garantire una continuità della cultura tribale delle donne pur modificando la pratica della infibulazione, eventualmente sostituendola con un'altra pratica simbolica.

Fornire dati sull'andamento delle attività.

Allegato I

TITOLO PROGETTO:

"MIGLIORAMENTO DELL' OUTCOME DEI NEONATI TRASPORTATI DAL SERVIZIO DI TRASPORTO NEONATALE D'EMERGENZA IN CAMPANIA."

Linea progettuale 2

Referente: Regione Campania

Dal 1995 in Campania è attivo il servizio di trasporto di emergenza neonatale (STEN) che consta di tre unità: lo STEN dell' A.O.U. Federico II e dell'Ospedale Annunziata che servono le province di Napoli e Salerno con un centralino unico per le chiamate presso l'A.O.U. Federico II e lo STEN dell'A.O.R.N. S. Sebastiano di Caserta che serve le Province di Caserta, Benevento ed Avellino con centralino presso l'A.O.R.N. S. Sebastiano di Caserta. I tre STEN coprono tutto il territorio regionale con circa 62.000 nati/anno distribuiti in circa 80 punti nascita; l'indice di trasferimento regionale è intorno al 2,8%, superiore al 1.4% della media nazionale, da cui deriva una cospicua attività svolta dagli STEN campani.

Anche per il parto fisiologico, nell'1-2% dei casi può essere necessaria una rianimazione neonatale completa. A testimonianza di ciò, la casistica dello STEN Federico II mostra che il 58% dei trasporti interessa neonati a termine o vicini al termine (> 2500 g di peso), percentuale questa costante negli anni, verosimilmente perché si tratta di neonati dove non ci si attende un parto a rischio o con complicanze postnatali e pertanto più frequentemente nati in centri di 1° Livello. L'altro 42% riguarda nati è tra i 1500 e i 2499 g (24%), e neonati al di sotto di 1500 g (18%); ciò dimostra l'elevato rischio di assistenza intensiva per tale classe "critica" di neonati, che complessivamente rappresenta l'1% di tutti i nati,

L'elevato se non "eccessivo" numero di trasporti effettuato è collegato a diversi fattori.

Sicuramente ciò è in parte riferibile all'estrema parcellizzazione dei punti nascita campani, fenomeno questo cui è collegato anche l'elevato tasso di tagli cesarei che contraddistingue la nostra Regione, con presumibili conseguenze sull'assistenza intensiva neonatale, a causa dell'aumentata frequenza di distress respiratorio associata a tale pratica, così come riportato in letteratura (*Risk of respiratory morbility in term infants delivered by elective caesarean section. BMJ 2008; 336; 85-87*).

La parcellizzazione dei punti nascita, associata alle limitazioni di turnover del personale sanitario imposte dal piano di rientro dal disavanzo (DGRC n.460 del 20.3.2007), fa sì, inoltre, che non sia sempre possibile garantire la presenza 24 ore su 24 in ogni punto nascita di un Pediatra che: *"…deve garantire l'assistenza al neonato in Sala Parto. Deve essere possibile effettuare la rianimazione primaria, l'intubazione ET e la stabilizzazione del neonato critico in attesa del trasferimento…."*, così come previsto dalle Linee Guida Regionali per l'ottimizzazione dell'assistenza Ospedaliera in Neonatologia e Pediatria d'Urgenza (DGRC n.2068 del 12.11.2004).

A tali criticità si è cercato di dare adeguate risposte organizzative attraverso la recente emanazione di una delibera regionale (ricompresa nella azioni previste dal Piano di rientro dal disavanzo – DGRC n.460 del 20.3.2007) che definisce le modalità per la chiusura dei punti nascita con meno di 400 nati anno, in via transitoria, e con meno di 500 nati/anno a partire dal 1° luglio 2009 (DGRC n. 2162 del 14.12.2007). Inoltre si è osservato nel corso degli ultimi anni un miglioramento dell'assistenza almeno per i nati al di sotto di 1.5 Kg, (a differenza degli anni precedenti, nel 2005 questi neonati sono nati per l'80% in un centro di terzo livello dotati di una Terapia Intensiva Neonatale), ciò grazie anche ad alcune iniziative regionali che hanno aumentato l'attenzione agli aspetti assistenziali legati al fenomeno (DGRC 235 del 16.2.2005).

Un secondo fattore che contribuisce al determinismo dell'elevato numero di trasporti è rappresentato dalla carenza dei posti letto di Terapia Intensiva Neonatale (TIN); si stimano infatti, circa 15 posti letto TIN in meno rispetto al fabbisogno (DGRC n.2068 del 12.11.2004); come conseguenza della carenza dei posti letto, avviene che neonati a rischio che nascono in un Centro di terzo livello, quindi dotato di TIN, debbano essere trasferiti in altri Ospedali per mancanza di posti letto nella TIN dove il piccolo neonato è venuto alla luce; nel biennio 2002-2003 per i nati <1.5 Kg il 7% è stato trasferito entro le prime 24 h di vita per carenza di posti letto da un centro di III livello ad un altro (Pizzuti e Pugliese Notiziario ISS. Vol 18. N° 2. 2005). Inoltre, sempre per carenza di posti letto, una quota di trasporti ha come destinazione una Provincia diversa da quella del Punto nascita; nel 2006, infatti, 159 nati nella Provincia di Napoli sono stati trasportati in ospedali situati in altre Province campane e questo dato si è confermato anche per il 2007.

DURATA DEL PROGETTO: Biennale

INTERVENTO

Lo scopo del progetto è di pianificare e coordinare gli interventi volti a:

A) DEFINIZIONE DI LINEE GUIDA REGIONALI SULLO STEN
Redazione di linee guida regionali sul Trasporto Neonatale, condivise dai punti nascita, dai centri di terapia intensiva e subintensiva neonatali e dai tre STEN.

B) MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE PRESTATE NEI PUNTI NASCITA:
Ottenibile attraverso la programmazione e la realizzazione di un programma di formazione degli operatori che assicuri un corretto addestramento/riaddestramento del personale sanitario (medico ed infermieristico) addetto a tutti i Punti Nascita regionali. L'addestramento/riaddestramento degli operatori sanitari servirà anche alla riqualificazione degli operatori dei punti nascita destinati alla chiura in seguito alla delibera regionale precedentemente citata e potrebbero essere ricollocati nei centri di subintensiva e TIN laddove c'è carenza di personale.
L'addestramento/riaddestramento del personale prevederà una didattica condotta con tecniche di simulazione di scenari realistici in centri adeguatamente attrezzati organizzando:

1) Corsi di Rianimazione neonatale effettuati secondo il Neonatal Resuscitation Program dell'Accademia Americana di Pediatria. L'obiettivo del Corso di Rianimazione Neonatale è di illustrare i principi teorici della Rianimazione neonatale ed insegnare praticamente secondo uno schema ben codificato con l'ausilio di manichini, l'utilizzo di pallone Ambu e maschera, l'esecuzione del massaggio cardiaco esterno, l'intubazione endotracheale e l'utilizzo di farmaci ed espansori di volume.
2) Corsi di Stabilizzazione del Neonato critico secondo il modello S.T.A.B.L.E. dell'Accademia Americana di Pediatria allo scopo di acquisire la capacità di effettuare in ogni Punto Nascita una stabilizzazione termica (per evitare l'ipotermia), respiratoria (evitare ipossia e acidosi), del circolo (evitare l'ipotensione) e metabolica (evitare ipoglicemia ed acidosi metabolica) del neonato critico in attesa di trasferimento in TIN.
3) Visto l'elevato rischio di esiti a distanza neurosensoriali di neonati critici spesso soggetti a trasporto, con particolare riferimento a quelli di basso peso alla nascita, è opportuno prevedere un percorso formativo che migliori la competenza e la consapevolezza degli operatori STEN su tali problemi assistenziali.

Per i punti sopra è previsto il coinvolgimento attivo della rete di istruttori di rianimazione neonatale ceritificati dalla Società Italiana di Neonatologia e dall'American Academy of Pediatrics.

C) MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE PRESTATE DAGLI STEN:

- Creazione Sistema Informativo Trasporto Neonatale Regionale

Creazione di un Sistema Informativo dedicato ed integrabile con i Sistemi Informativi Sanitari già esistenti, anche mediante una rete telematica che metta in connessione le 15 Terapie Intensive e le 2 subintensive esistenti in Campania con i tre servizi di Trasporto Neonatale. Lo scopo di questa fase del progetto consiste in:

1) Creazione di un database dei trasporti effettuati in Campania attraverso la informatizzazione della cartella del trasporto. La creazione del database comune per i tre STEN e la possibilità da parte delle TIN e delle subintensive di inserire indicatori di esito dei neonati trasportati permetterebbe di effettuare la valutazione dell'efficacia, dell'efficienza dell'attività degli STEN, monitorare l'appropriatezza dei trasporti effettuati e produrre indicatori epidemiologici utili al livello Regionale- Settore Assistenza Ospedaliera e Sovraintendenza sui Servizi Regionali d'Emergenza, utilizzabili per la programmazione sanitaria. Più in particolare, si prevede di creare un tracciato record per la Regione di ogni trasporto effettuato e di utilizzare tali informazioni per la costruzione di specifici indicatori, definiti dal gruppo tecnico, da interfacciare, tra gli altri, con quelli del sistema di sorveglianza regionale sulla classe di pazienti nati <1500g che nella nostra regione sono stati 621 nell'anno 2007.
2) Valutazione della fattibilità di utilizzazione di tale rete telematica per avere a disposizione in tempo reale da parte degli operatori STEN la situazione posti letto di Terapia Intensiva e Subintensiva in Campania; ciò permetterebbe di accellerare la procedura per il reperimento dei posti letto da parte dello STEN che risulta particolarmente importante nella situazione campana dove c'è un elevato numero di trasporti neonatali e la cronica carenza dei posti letto.

   Si prevede inoltre di migliorare la comunicazione tra i tre centri STEN ed i centri di terapia intensiva e subintensiva attraverso una linea telefonica dedicata solo alla comunicazione attraverso i suddetti centri.

- Integrazione delle Dotazioni STEN

Fornire le attrezzature carenti e tecnologicamente avanzate per i tre servizi Sten al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate. Le attrezzature necessarie ai tre centri Sten verranno decise dopo opportuna valutazione dal gruppo tecnico.

Per la pianificazione di tali interventi sarà istituito un gruppo tecnico interdisciplinare coordinato dal responsabile del Settore di Assistenza Ospedaliera e Sovraintendenza sui Servizi Regionali d'Emergenza della regione Campania e costituito dalle figure istituzionali e professionali coinvolte.

Obiettivi

Migliorare gli esiti dei neonati trasportati dagli STEN in Campania attraverso:

A) Istituzione di linee guida regionali sullo STEN

B) Miglioramento della qualità delle cure prestate nei Punti Nascita attraverso iniziative di formazione dedicati a temi assistenziali sui primi momenti che rappresentano un punto critico per il successivo andamento clinico del neonato patologico e per gli esiti a distanza

C) Miglioramento della qualità delle cure prestate dallo STEN attraverso:
- Creazione sistema informativo del trasporto neonatale regionale
- Integrazione dotazioni STEN

Tempi per il raggiungimento degli obiettivi

Si prevede che il miglioramento del sistema possa essere reso operativo nell'arco di due anni dall'approvazione del progetto.

Nel corso del primo anno verranno analizzati i dati relativi agli indicatori proposti per verificare l'attuale stato dell'arte e programmare gli interventi operativi ritenuti più idonei, che saranno attuati nel corso del secondo anno.

Costi connessi

I costi connessi alla realizzazione del progetto sono riferibili alla realizzazione di corsi di formazione/riqualificazione, la realizzazione del sistema informativo dedicato e la integrazione delle dotazioni STEN. Essi ammontano a 1.500.000,00 €.

Indicatori che consentono di misurare la validità dell'intervento proposto

- Realizzazione linee-guida STEN
- Realizzazione corsi programmati
- Definizione tracciato record e primo report STEN

Allegato L

PROGETTO ROBINSON (per l'implementazione della Health Technology Assessment in sanità).

Linea progettuale 3

Referente: Regione Campania

La regione Campania fa suo un progetto elaborato dalla Sezione Campania dell' Associazione dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O) che ne ha dato la disponibilità.

Il perché del titolo del progetto :

Robinson Crusoe, come molti sanno, non è soltanto uno storico esempio di letteratura per ragazzi, ma è un importante saggio di filosofia, di politica, di economia, di teologia: la metafora dell'uomo naufragato su una isola deserta è soltanto un pretesto per trattare temi importanti e complessi.

Robinson, quando si trova a dover assumere sull'isola decisioni vitali (spostarsi da un luogo all'altro dell'isola, costruirsi un nuovo rifugio ecc.), scrive – sulla sabbia prima e su carta poi allorché il mare gli porta gli strumenti per farlo - "*good*" e "*evil"* ed inizia così il suo viaggio alla ricerca della decisione giusta. In pratica mette a confronto una soluzione nuova rispetto alla situazione attuale basandosi sulle proprie esperienze personali e sulla evidenza dei fatti.

Robinson, di fatto, applica lo strumento della HTA.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Implementare la Health Technolohy Assessment (HTA) e la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) tra il personale del Servizio Sanitario Regionale con funzioni di responsabilità operative di unità funzionali chiamato ad assumere decisioni in campo sanitario ed amministrativo.

RAZIONALE DEL PROGETTO

Da molto tempo i medici, e più in genere tutto il personale del servizio sanitario, a tutti i livelli, hanno raggiunto la consapevolezza dell'uso delle risorse e già da tempo gli ospedalieri, i medici del territorio e i medici di base, gli infermieri e gli amministrativi sono stati coinvolti nella valutazione economica della spesa sanitaria consci del costo delle prestazioni e prescrizioni.
Questa esperienza però, nella maggior parte delle realtà regionali, è stata frutto di una scelta passiva senza un coinvolgimento decisionale attivo. Si è in pratica manifestata più come una azione di controllo dell'operato dei medici che come un processo concordato e condiviso di regolamentazione e di gestione del sistema.

A supportare le azioni innovatrici in sanità può soccorrere la *Clinical Governance*; essa permette di coniugare qualità, verifica, ritorno informativo, efficacia clinica, riduzione degli errori e gestione dei rischi, pratica professionale basata su prove di efficacia, coinvolgimento del paziente e formazione permanente degli operatori.

La 'clinical governance' non va intesa come il governo dei clinici, - come la pessima traduzione dall'inglese in governo clinico può indurre a ritenere -, ma è il campo di azione comune nel quale i diversi

professionisti e le organizzazioni sanitarie testimoniano le loro competenze (evidence-based), sviluppano i rispettivi ambiti di autonomia e sono chiamati da tutti gli attori del sistema sanità a rispondere delle loro scelte e del loro modo di operare.

La Clinical Governance è in grado di avvicinare il medico al manager senza dover far divenire il medico stesso un manager; crea in pratica un ponte tra chi è chiamato a gestire il sistema e chi deve curare le persone.

Tra gli strumenti innovativi gestionali della Clinical Governance, quello che consente alle varie componenti del sistema sanità di dialogare utilizzando lo stesso linguaggio nell'ambito delle scelte da operare è la Health Technology Assessment.

Negli anni '50, negli USA , i decision maker pubblici cominciarono ad avvertire il bisogno di uno strumento che fosse in grado di valutare le prevedibili ricadute pratiche di progetti che richiedesse l'investimento di importanti risorse pubbliche.

La connotazione che può definirsi rivoluzionaria della Health Tecnology Assessment è quella di porsi come obiettivo non di accertarsi della bontà di un progetto prima di avviarsi a realizzarlo concretamente, bensì di valutarne la preferibilità rispetto ad un altro già in uso.

Agli inizi degli anni 70 si manifestarono grandi innovazioni tecnologiche che offrivano enormi opportunità diagnostiche e terapeutiche, ma richiedevano importanti investimenti di risorse; la Health Technology Assessment (HTA) cominciò quindi ad imporsi quale disciplina tesa a fornire un metodo nella valutazione, sia sul piano clinico sia sul piano economico, delle possibili alternative con Il fine di supportare razionalmente le decisioni di politica sanitaria .

AZIONI DA SVOLGERE E PUNTI CRITICI

-In un futuro di ristrettezze economiche che non consentiranno al sistema sanitario nazionale e regionale, per quanto ottimamente organizzato, di soddisfare i bisogni di salute che pervengono da parte della collettività,

-in un futuro nel quale inevitabilmente si evidenzieranno aspri conflitti sociali per l'impossibilità di fornire risposte ai bisogni di salute della collettività pur avendo a disposizione strumenti potenti (nuovi farmaci, nuove tecnologie ecc.),

-in un futuro che gli economisti sanitari di tutto il mondo definiscono come il ventennio delle scelte tragiche in sanità è necessario assumere degli impegni :

- tutti gli attori del sistema sanità devono partecipare in maniera concordata e condivisa alle scelte in sanità;
- tutti gli attori del sistema sanità (politici, manager, clinici ecc.) devono basare le proprie scelte su prove evidenti di efficacia;
- tutti gli attori del sistema devono improntare le proprie scelte sull'uso di strumenti gestionali quali la Health Technology Assessment e sulla Medicina Basata sulle Evidenze.
-

SVILUPPO DEL PROGETTO

Fornire ai manager in sanità strumenti gestionali valutativi, di supporto alle decisioni, di analisi dei dati e strumenti di conoscenza mediante l'utilizzo di metodologie avanzate, anche al fine di consentire un utilizzo delle banche dati esistenti maggiormente finalizzato al supporto dei manager nelle loro decisioni. Sarà necessario attivare corsi di formazione anche in modalità FAD, con la realizzazione di moderni modelli organizzativi (percorsi diagnostico assistenziali ecc.).

LE FASI DEL PROGETTO

1.Il progetto prevede in prima istanza una presa d'atto della regione Campania della indispensabilità di adottare l' Health Technology Assessment come strumento base per l'adozione di scelte di documentata e provata utilità ed efficacia;

2. la nomina di una commissione regionale di esperti in grado di promuovere tutte le iniziative necessarie .

3. la organizzazione di una task force regionale costituita da esperti della materia ed integrata con i referenti dei team delle singole aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie della regione, ciò anche nel rispetto del Piano Regionale Ospedaliero 2006-2008 che, specificamente, al punto "Health Technology Assessment" prevede da parte della regione Campania una serie di attività;

4. la adozione di un piano di formazione tradizionale ed a distanza per formare le equipe aziendali e del management regionale;

5. la diffusione all'interno delle aziende sanitarie regionali e dell'assessorato alla sanità della cultura della Health Technology Assessment attraverso la promozione di eventi scientifici dedicati a manager, clinici, nursing e personale amministrativo.

6. l'attivazione di modelli e strumenti tecnologici di supporto alle decisioni dei manager

7. l'organizzazione di corsi di formazione relativi agli aspetti tecnologici evidenziati nel punto 6.

STRUMENTI PER L'ATTIVAZIONE DEL PROGETTO:

Commissione regionale

Piano di formazione

Modelli e Strumenti di supporto alle decisioni

DURATA DEL PROGETTO

Triennale

I COSTI DEL PROGETTO

I costi connessi alla realizzazione del progetto sono riferibili alla organizzazione di corsi di formazione, al miglioramento dei strumenti di supporto alle decisioni, alla diffusione generalizzata di strumenti di documentazione scientifica, alla costituzione ed al rafforzamento dei team aziendali e regionali ed ammontano a 8.000.000,00 di euro.

INDICATORI DI MISURA PER LA VALUTAZIONE DEL PROGETTO

Strutturazione di un programma di formazione

Realizzazione di corsi di formazione programmati

Attivazione di modelli e strumenti di supporto alle decisioni

Realizzazione di eventi per la promozione della diffusione all'interno delle Aziende sanitarie e dell' Assessorato alla Sanità dello strumento della Health Technology Assessment.

Allegato M

PROGETTO N.1

TITOLO

Reti assistenziali per la presa in carico di soggetti con malattia rara

Linea progettuale 4

TIPO DI PROGETTO

Progetto interregionale ex art. 1 comma 806, lettera c, legge 296/2006

DURATA

Annuale con possibilità di proroga

REFERENTE PROGETTO

Regione Toscana – coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome

Per la Regione Campania referente del progetto è l'Osservatorio Epidemiologico Regionale

ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo previsto in Regione Campania del progetto è di € 1.931.160,65

di cui:

ex accordo Stato Regione 1 agosto 2007 (cofinanziamento regionale) € 643.720,22

ex art. 1 comma 806, legge 296/2006 € 1.287.440,43

CONTENUTI

Già da alcuni anni le Regioni e le Province autonome stanno affrontando le problematiche legate alla assistenza per malattie rare, oltre che attraverso l'espletamento di attività ordinarie , anche mediante progetti per obiettivi di PSN ex art. 1, commi 34 e 34 bis, legge 662/96.

Con il presente progetto la regione Campania intende implementare le suddette attività ed integrare le proprie iniziative con quelle delle altre regioni, al fine di sviluppare modelli assistenziali condivisi tra le Regioni e PP.AA.

La Regione Campania con delibera della Giunta Regionale n° 1362 del 21 ottobre 2005 ha approvato l' individuazione, in via provvisoria, dei presidi di riferimento regionale per malattie rare ai sensi del D.M. 18 maggio 2001 n. 279. Sono stati identificati come presidi di riferimento le 10 aziende ospedaliere autonome, comprendenti in particolare i due policlinici universitari, sette aziende ospedaliere autonome, localizzate nei capoluoghi di tutte le province della regione, un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico con specializzazione in oncologia, nonché l'azienda sanitaria locale Napoli 1, al cui interno sono presenti presidi ospedalieri anche con competenze specialistiche per malattie rare. Sulla base della valutazione di un'autocertificazione da parte di un

apposito gruppo tecnico regionale di esperti, sono state individuate le malattie rare per le quali esistono competenze e risorse in ognuno dei presidi.

OBIETTIVO COMPLESSIVO

Individuazione di reti assistenziali per garantire la presa in carico dei soggetti della fascia di età pediatrica (0-18 anni), per malattie e/o gruppi di malattie rare di origine genetica, con particolare riferimento alle sindromi malformative e alle malattie metaboliche ereditarie (vedi l'allegata Tabella 1).

Si applicherà alle malattie metaboliche e sindromi genetico-malformative dell'età pediatrica, di cui all'allegata Tabella 1, un modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte del centro di riferimento, in collaborazione con le strutture assistenziali del territorio di residenza, utilizzando strumenti e metodologie recentemente proposti in campo nazionale da Società scientifiche e Associazioni di famiglie, su iniziativa della Società Italiana Malattie Genetiche Pediatriche e Disabilità Congenite (SIMGePeD). Le linee generali del modello assistenziale da implementare nel presente progetto sono illustrate nell'allegata Tabella 2. A questa iniziativa nazionale già collaborano in maniera attiva operatori della regione Campania, responsabili di strutture complesse che si occupano di malattie rare dell'età evolutiva con componente genetico-malformativa e metabolica.

Nella creazione della rete assistenziale per le singole condizioni prese in esame nel presente progetto si terrà conto delle competenze comunque esistenti nei 12 presidi che fanno parte della rete regionale per le malattie rare, anche se non sono accreditati come centri di riferimento per le specifiche condizioni: in questo modo, attraverso opportune iniziative di formazione, si cercherà di migliorare la distribuzione sul territorio regionale di strutture di riferimento, intermedie tra il/i centro/i di riferimento accreditato/i e le strutture sociosanitarie del territorio, sfruttando in particolare la loro presenza nei capoluoghi di tutte le province della Campania.

Nell'ambito dei compiti di programmazione sanitaria la Regione intende avvalersi di un supporto tecnico istituendo un Centro di Riferimento a cui si affideranno i seguenti compiti:

1) gestione del registro regionale delle malattie rare, in raccordo tecnico-funzionale con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, attraverso la raccolta delle schede di diagnosi dei singoli casi e il loro successivo invio all'Istituto Superiore di Sanità;

2) coordinamento dei presidi territoriali della rete anche mediante l'adozione di specifici protocolli clinici condivisi;

3) promozione dell'informazione al cittadino e della formazione degli operatori;

4) collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con le altre regioni;

5) collaborazione con le associazioni di volontariato operanti nel campo delle malattie rare.

Si metteranno in atto le opportune iniziative per creare un collegamento funzionale più efficiente dei centri di riferimento individuati nella rete delle malattie rare della regione Campania, creando, quando necessario, le infrastrutture e i protocolli per il collegamento telematico.

Si procederà all'organizzazione di corsi di formazione per i referenti per le malattie rare, individuati presso tutti i centri accreditati della rete regionale.

OBIETTIVO INTERMEDIO

Raccolta di documentazione e dati

INDICATORI

Numero di malattie rare e/o gruppi di malattie per i quali vengono individuati modelli assistenziali

PROGETTO N. 2

TITOLO

Sviluppo e utilizzo dei percorsi diagnostico-terapeutici per malattie rare

TIPO DI PROGETTO

Progetto interregionale ex art. 1 comma 806, lettera c, legge 296/2006

DURATA

Annuale con possibilità di proroga

REFERENTE PROGETTO

Regione Toscana – coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome

Per la Regione Campania referente del progetto è l'Osservatorio Epidemiologico Regionale

ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo previsto in Regione Campania del progetto è di € 1.544.928,53

di cui:

ex accordo Stato Regione 1 agosto 2007 (cofinanziamento regionale) € 514.976,18

ex art. 1 comma 806, legge 296/2006 € 1.029.952,35

CONTENUTI

Da alcuni anni le Regioni e le Provincie autonome stanno affrontando le problematiche legate alla assistenza per malattie rare, oltre che attraverso l'espletamento di attività ordinarie , anche mediante progetti per obiettivi di PSN ex art. 1, commi 34 e 34 bis legge 662/96. Con il presente progetto si intende implementare le suddette attività ed integrare le progettualità in atto, al fine di favorire la diffusione delle migliori pratiche.

OBIETTIVO COMPLESSIVO

Individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per almeno 20 malattie e/o gruppi di malattie rare di origine genetica, con particolare riferimento alle sindromi malformative e alle malattie metaboliche ereditarie che colpiscono soggetti della fascia di età pediatrica (0-18 anni) (vedi l'allegata Tabella 1).

Si predisporranno raccomandazioni per la diagnosi e il trattamento di malattie rare, con particolare riferimento a quelle che utilizzano farmaci orfani ad alto costo.

L'allegata Tabella 3 rappresenta un elenco iniziale di malattie rare che rispondono alle caratteristiche su indicate, per le quali sono state predisposte raccomandazioni per la diagnosi, la

terapia e il follow-up da parte di alcune Società scientifiche nazionali (SISMME, SIMGePeD) a cui attivamente collaborano operatori della regione Campania, responsabili di strutture complesse che si occupano di malattie rare dell'età evolutiva con componente genetico-malformativa e metabolica.

Su mandato della Regione Campania, che ha individuato quali interlocutori tecnici l'Osservatorio Epidemiologico Regionale ed il Settore Assistenza Ospedaliera, si avvierà uno studio epidemiologico sulla migrazione sanitaria del bambino affetto dalle malattie rare di cui al presente progetto, in collaborazione con l'ARSAN (Agenzia Regionale Sanità) e con la comunità pediatrica regionale, che ha già manifestato la sua volontà di collaborare a una tale indagine. Circa il 10% dei ricoveri pediatrici campani avviene fuori regione e interessa in primo luogo le condizioni che coinvolgono il sistema nervoso, come si verifica per la stragrande maggioranza delle malattie rare con base genetico-metabolica e malformativa, di cui al presente progetto. Una più documentata valutazione del fenomeno della migrazione sanitaria è fondamentale per mettere a punto efficaci percorsi diagnostico-terapeutici e contenere il fenomeno del ricovero fuori regione alla ricerca di una diagnosi e/o di cure all'avanguardia. L'indagine, che verrà attuata sulla base di un protocollo sviluppato dalla Regione Campania in collaborazione con l'ARSAN e la comunità pediatrica, censirà le risorse assistenziali effettivamente esistenti in regione, anche per promuovere una più capillare diffusione di informazioni al servizio sanitario e alla popolazione e valuterà con appositi questionari a campione le motivazioni delle famiglie e quelli dei pediatri nel decidere circa la necessità di un ricovero fuori regione.

Ai fini della definizione di percorsi diagnostico-terapeutici nella Regione Campania sarà di grande rilievo lo studio della migrazione sanitaria, anche per rispondere alla raccomandazione della Commissione Salute del 06/12/2007 circa la definizione "di procedure organizzative che prevedano, tra l'altro, l'erogazione dell'assistenza in ambito domiciliare o nel luogo più vicino all'abitazione del paziente e l'attività di follow up a distanza così da evitare inutili e faticosi spostamenti da parte dei pazienti".

OBIETTIVO INTERMEDIO

Raccolta di documentazione e dati per l'individuazione dei percorsi diagnostico – terapeutici e del fenomeno della migrazione sanitaria.

INDICATORI

Numero di malattie rare per i quali vengono individuati i percorsi diagnostico terapeutici.

PROGETTO N. 3

TITOLO

Attivazione registri regionali per le malattie rare

TIPO DI PROGETTO

Progetto interregionale ex art. 1 comma 806, lettera c, legge 296/2006

DURATA

Annuale con possibilità di proroga

REFERENTE PROGETTO

Regione Toscana – coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome

Per la Regione Campania referente del progetto è l'Osservatorio Epidemiologico Regionale

ASPETTI FINANZIARI

Costo complessivo previsto in Regione Campania del progetto è di € 386.232,13

di cui:

ex accordo Stato Regione 1 agosto 2007 (cofinanziamento regionale) € 128.744,04

ex art. 1 comma 806, legge 296/2006 € 257.488,09

Per il progetto N. 3 la Regione Campania utilizzerà in cofinanziamento l'ulteriore cifra di euro 73.320,00 erogata, attraverso apposita convenzione, dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del Programma "Malattie Rare" e finalizzata ad incentivare la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità con le Regioni e le Province Autonome attraverso lo scambio di competenze, conoscenze e tecnologie per l'implementazione dei registri regionali e del flusso informativo verso il Registro nazionale.

CONTENUTO

Da alcuni anni le regioni, in collaborazione con l'ISS, stanno organizzando attività di raccolta dati sulle malattie rare anche attraverso progetti finanziati a vario titolo. Con il presente progetto si intende implementare le suddette iniziative al fine di attivare il registro regionale campano per garantire il flusso attivo dei dati epidemiologici al registro nazionale delle malattie rare, anche in ottemperanza di quanto previsto dall'accordo Stato – Regioni del 10 maggio 2007.

OBIETTIVO COMPLESSIVO

Attivazione del registro regionale campano.

Si procederà alla stipula di apposita Convenzione con l'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del su citato Programma "Malattie Rare", finalizzato allo scambio di competenze, conoscenze e tecnologie per l'implementazione del flusso informativo verso il Registro nazionale.

Si valuterà l'opportunità di stipulare apposita Convenzione con la Regione Veneto, per estendere alla regione Campania un modello di raccolta dei dati epidemiologici, già condiviso nel Triveneto e più recentemente adottato, sempre attraverso strumenti convenzionali, dall'Emilia Romagna e, probabilmente in prospettiva, dalla Liguria.

Si avvierà l'organizzazione dei flussi informativi dai centri di riferimento alle strutture regionali istituzionalmente competenti e da queste all'ISS per il Registro nazionale.

Si organizzeranno appositi corsi di formazione del personale del SSR, a cominciare dai referenti dei centri di riferimento, per la più corretta conoscenza delle procedure da seguire nella raccolta e trasmissione dei dati epidemiologici relativi alle malattie rare.

Si predisporranno in forma cartacea e attraverso siti Web regionali opuscoli informativi su tutta la materia delle malattie rare, diretti agli operatori del sistema sanitario regionale e alla popolazione campana.

OBIETTIVO INTERMEDIO

Acquisizione del personale e dei beni e servizi e realizzazione della formazione necessaria per l'attivazione del registro

INDICATORI

Attivazione del registro regionale

Numero delle schede raccolte e trasmesse al registro nazionale

Tabella 1 - ELENCO MALATTIE RARE OGGETTO DEL PROGETTO N. 1

(estratto dal DM 18 maggio 2001, n. 279, GU n. 160, del 12.07.2001 Suppl. Ord. n. 180/L)

Cod. Esenz.	*MALATTIA E/O GRUPPO*	*MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO*	*SINONIMI*
2. TUMORI (cod. ICD9-CM da 140 a 239) - RB			
RBG010	***NEUROFIBROMATOSI***		
3. MALATTIE DELLE GIANDOLE ENDOCRINE,DELLA NUTRIZIONE, DEL METABOLISMO E DISTURBI IMMUNOLOGICI (cod.ICD9-CM da 240 a 279) -RC			
RCG040	***DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI***	*CISTINOSI*	
		HARTNUP MALATTIA DI	
		ALBINISMO	
		ALCAPTONURIA	
		IPERVALINEMIA	
		MALATTIA DELLE URINE A SCIROPPO DI ACERO	
		OMOCISTINURIA	
		SINDROME DA MALASSORBIMENTO DI METIONINA	
		IPERISTIDINEMIA	
		ACIDEMIE ORGANICHE E ACIDOSI LATTICHE PRIMITIVE	
		ALANINEMIA	
		IMINOACIDEMIA	
RCG050	***DISTURBI DEL CICLO DELL'UREA***	*CITRULLINEMIA*	
		IPERAMMONIEMIA EREDITARIA	
RCG060	***DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI CARBOIDRATI*** *Escluso: Diabete*	*GLICOGENOSI*	

	mellito		
		GALATTOSEMIA	
		FRUTTOSEMIA	
		MALASSORBIMENTO CONGENITO DI SACCAROSIO ED ISOMALTOSIO	
RCG070	***ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DELLE LIPOPROTEINE*** Escluso: Ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb; Ipercolesterolemia primitiva poligenica; Ipercolesterolemia familiare combinata; Iperlipoproteinemia di tipo III.	*IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE OMOZIGOTE TIPO IIa*	
		DEFICIT FAMILIARE DI LIPASI LIPOPROTEICA	
		IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE OMOZIGOTE TIPO IIb	
		IPOBETALIPOPROTEINEMIA	
		ABETALIPOPROTEINEMIA	BASSEN KORNZWEIG SINDROME DI
RCG070	***ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DELLE LIPOPROTEINE*** Escluso: Ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb; Ipercolesterolemia primitiva poligenica; Ipercolesterolemia familiare combinata; Iperlipoproteinemia di tipo III.	*TANGIER MALATTIA DI*	DEFICIT FAMILIARE DI ALFALIPOPROTEINA
		DEFICIT DELLA LECITINCOLESTEROLOACILTRANSFERASI	
		IPERTRIGLICERIDEMIA FAMILIARE	
		XANTOMATOSI CEREBROTENDINEA	
		DISTURBI DEL METABOLISMO INTERMEDIO DEGLI ACIDI GRASSI E DEI MITOCONDRI	
RCG080	***DISTURBI DA ACCUMULO DI LIPIDI***	*FABRY MALATTIA DI*	
		GAUCHER MALATTIA DI	
		NIEMANN PICK MALATTIA DI	
RCG090	***MUCOLIPIDOSI***		
RC0100	***FARBER MALATTIA DI***		DEFICIENZA DI CERAMIDASI
RC0150	***WILSON MALATTIA DI***		DEGENERAZIONE LENTICOLARE O

			PUTAMINALE FAMILIARE; DEGENERAZIONE EPATOCEREBRALE
RC0170	***RACHITISMO IPOFOSFATEMICO VITAMINA D RESISTENTE***		
RCG120	***DISORDINI DEL METABOLISMO DELLE PURINE E DELLE PIRIMIDINE***	*LESCH-NYHAN MALATTIA DI*	
		XANTINURIA	
RCG140	***MUCOPOLISACCARIDOSI***	*HUNTER SINDROME DI*	
		HURLER SINDROME DI	
		MAROTEAUX-LAMY SINDROME DI	
		MORQUIO MALATTIA DI	
		SANFILIPPO SINDROME DI	
		SCHEIE SINDROME DI	
RCG160	***IMMUNODEFICIENZE PRIMARIE***	*AGAMMAGLOBULINEMIA*	
		DI GEORGE SINDROME DI	
		NEZELOF SINDROME DI	
4. MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMOPOIETICI (cod.ICD9-CM da 280 a 289) -RD			
RDG010	***ANEMIE EREDITARIE***	*FANCONI ANEMIA DI*	PANCITOPENIA DI FANCONI
6. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO (cod.ICD9-CM da 320 a 389) -RF			
RFG010	***LEUCODISTROFIE***	*ALEXANDER MALATTIA DI*	
		CANAVAN MALATTIA DI	
		KRABBE MALATTIA DI	
		LEUCODISTROFIA METACROMATICA	
		PELIZAEUS-MERZBACHER MALATTIA DI	
RFG020	***CEROIDO-LIPOFUSCINOSI***	*BATTEN MALATTIA DI*	
		KUFS MALATTIA DI	
RFG030	***GANGLIOSIDOSI***		
RF0030	***LEIGH MALATTIA DI***		
RF0040	***RETT SINDROME DI***		
RFG040	***MALATTIE SPINOCEREBELLARI***	*ATASSIA TELEANGECTASICA*	LOUIS BAR SINDROME DI

RFG050	***ATROFIE MUSCOLARI SPINALI***	*WERDNIG-HOFFMAN MALATTIA DI*	
		KUGELBERG-WELANDER MALATTIA DI	
		KENNEDY MALATTIA DI	
RF0120	***ADRENOLEUCODISTROFIA***		SCHILDER MALATTIA DI
RFG060	***NEUROPATIE EREDITARIE***	*REFSUM MALATTIA DI*	EREDOPATIA ATASSICA POLINEURITIFORME
RFG070	***MIOPATIE CONGENITE EREDITARIE***	*MIOPATIA CENTRAL CORE*	
		MIOPATIA CENTRONUCLEARE	
		MIOPATIA DESMIN STORAGE	
		MIOPATIA NEMALINICA	
RFG080	***DISTROFIE MUSCOLARI***	*BECKER DISTROFIA DI*	
		DISTROFIA MUSCOLARE OCULO-GASTRO-INTESTINALE	
		DUCHENNE DISTROFIA DI	
		ERB DISTROFIA DI	
		LANDOUZY-DEJERINE DISTROFIA DI	
RFG090	***DISTROFIE MIOTONICHE***	*STEINERT MALATTIA DI*	
		THOMSEN MALATTIA DI	
		VON EULENBURG MALATTIA DI	
14. MALFORMAZIONI CONGENITE (cod.ICD9-CM da 740 a 759) -RN			
RN0040	***JOUBERT SINDROME DI***		
RN0050	***LISSENCEFALIA***		
RN0060	***OLOPROSENCEFALIA***		
RN0160	***ATRESIA ESOFAGEA E/O FISTOLA TRACHEOESOFAGEA***		
RN0170	***ATRESIA DEL DIGIUNO***		
RN0180	***ATRESIA O STENOSI DUODENALE***		
RN0190	***ANO IMPERFORATO***		
RN0200	***HIRSCHSPRUNG MALATTIA DI***		
RN0210	***ATRESIA BILIARE***		

RN0220	***CAROLI MALATTIA DI***		
RN0230	***MALATTIA DEL FEGATO POLICISTICO***		
RN0240	***ERMAFRODITISMO VERO***		
RNG010	***PSEUDOERMAFRODITISMI***		
RNG020	***ARTROGRIPOSI MULTIPLE CONGENITE***		
RNG030	***ACROCEFALOSINDATTILIA***	*APERT SINDROME DI*	
		GOODMAN SINDROME DI	
RN0280	***ACRODISOSTOSI***		
RNG040	***ANOMALIE CONGENITE DEL CRANIO E/O DELLE OSSA DELLA FACCIA***	*C SINDROME*	
		CRANIOSINOSTOSI PRIMARIA	
		CROUZON MALATTIA DI	
		DISOSTOSI MAXILLOFACCIALE	
		DISPLASIA FRONTO-FACIO-NASALE	
RNG040	***ANOMALIE CONGENITE DEL CRANIO E/O DELLE OSSA DELLA FACCIA***	*DISPLASIA MAXILLONASALE*	
		HALLERMAN-STREIFF SINDROME DI	DISOSTOSI OCULOMANDIBOLARE
		PIERRE ROBIN SINDROME DI	
		TREACHER COLLINS SINDROME DI	
RNG050	***CONDRODISTROFIE CONGENITE***	*ACONDROGENESI*	
		ACONDROPLASIA	
		DISPLASIA EPIFISARIA EMIMELICA	
		DISTROFIA TORACICA ASFISSIANTE	
		ESOSTOSI MULTIPLA	
		KNIEST DISPLASIA	DISPLASIA METATROPICA
		SINDROME CAMPTOMELICA	
RNG060	***OSTEODISTROFIE CONGENITE***	*DISPLASIA CRANIOMETAFISARIA*	OSTEOCONDROPLASIA
		OSTEOGENESI IMPERFETTA	
		OSTEOPETROSI	
		DISPLASIA FIBROSA	
		ELLIS-VAN CREVELD SINDROME DI	

		DISPLASIA SPONDILOEPIFISARIA TARDA	
		FAIRBANK MALATTIA DI	DISPLASIA EPIFISARIA MULTIPLA
		CONRADI-HUNERMANN SINDROME DI	
		DISCONDROSTEOSI	
		DISPLASIA DIASTROFICA E PSEUDODIASTROFICA	
		ENGELMANN MALATTIA DI	
		McCUNE-ALBRIGHT SINDROME DI	OSTEITE FIBROSA DISSEMINATA
RN0320	***GASTROSCHISI***		
RNG070	***ITTIOSI CONGENITE***	*ITTIOSI CONGENITA*	
		ITTIOSI HYSTRIX, CURTH-MACKLIN TYPE	
		ITTIOSI LAMELLARE RECESSIVA	ERITRODERMA ITTIOSIFORME CONGENITO NON BOLLOSO
		ITTIOSI TIPO HARLEQUIN	
		ITTIOSI X-LINKED	
		NETHERTON SINDROME DI	
RN0510	***INCONTINENTIA PIGMENTI***		
RN0570	***EPIDERMOLISI BOLLOSA***		
RN0660	***DOWN SINDROME DI***		
RN0670	***CRI DU CHAT MALATTIA DEL***		
RN0680	***TURNER SINDROME DI***		
RN0690	***KLINEFELTER SINDROME DI***		
RN0700	***WOLF-HIRSCHHORN SINDROME DI***		
RNG080	***SINDROMI DA ANEUPLOIDIA CROMOSOMICA***		
RNG090	***SINDROMI DA DUPLICAZIONE/DEFICIENZA CROMOSOMICA***		
RN0750	***SCLEROSI TUBEROSA***		FACOMATOSI
RN0820	***BECKWITH-WIEDEMANN SINDROME DI***		
RN0880	***EEC SINDROME***		ECTRODATTILIA - DISPLASIA ECTODERMICA - PALATOSCHISI

RN0910	***GOLDENHAR SINDROME DI***		
RN0940	***KABUKI SINDROME DELLA MASCHERA***		
RN0950	***KARTAGENER SINDROME DI***		
RN0990	***MOEBIUS SINDROME DI***		
RN1010	***NOONAN SINDROME DI***		
RN1020	***OPITZ SINDROME DI***		
RN1080	***RUSSELL-SILVER SINDROME DI***		
RN1150	***SINDROME CARDIO-FACIO-CUTANEA***		
RN1180	***SINDROME TRICO-RINO-FALANGEA***		
RN1200	***SMITH-LEMLI-OPITZ, TIPO 1 SINDROME DI***		
RN1210	***SMITH-MAGENIS SINDROME DI***		
RN1220	***STICKLER SINDROME DI***		
RN1250	***VACTERL ASSOCIAZIONE***		
RN1270	***WILLIAMS SINDROME DI***		
RN1300	***ANGELMAN SINDROME DI***		
RN1310	***PRADER-WILLI SINDROME DI***		
RN1320	***MARFAN SINDROME DI***		
RN1330	***SINDROME DA X FRAGILE***		
RN1410	***CORNELIA DE LANGE SINDROME DI***		
RN1530	***LEOPARD SINDROME***		
RN1620	***RUBINSTEIN-TAYBI SINDROME DI***		
RN1760	***ZELLWEGER SINDROME DI***		
15. ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (cod.ICD9-CM da 760 a 779) -RP			
RP0010	***EMBRIOFETOPATIA RUBEOLICA***		
RP0020	***SINDROME FETALE DA ACIDO VALPROICO***		
RP0030	***SINDROME FETALE DA IDANTOINA***		
RP0040	***SINDROME ALCOLICA FETALE***		
RP0070	***FIBROSI EPATICA CONGENITA***		

Tabella 2 - MODELLO ASSISTENZIALE PER MALATTIE RARE DI ETA' PEDIATRICA CON COMPONENTE GENETICA, E/O MALFORMATIVA E/O METABOLICA

(in collaborazione con la Società Italiana Malattie Genetiche Pediatriche e Disabilità Congenite)

Pre-requisiti specifici, tipici, anche se non esclusivi, per l'implementazione del modello assistenziale per le malattie rare in età pediatrica ad alta "complessità" ::

a. E' necessaria l'individuazione dei centri per la diagnosi, per la cura e per la gestione delle patologie di base e di quelle intercorrenti, che attualmente risulta difficile sia per le famiglie che per i clinici.
b. E' urgente rendere visibili i "luoghi" per la presa in carico sia a livello dei centri di riferimento (che possono essere anche fuori della propria regione di residenza) sia a livello delle strutture esistenti sul territorio in grado di garantire l'appropriatezza assistenziale
c. E' urgente diffondere informazioni sulle "buone pratiche" esistenti
d. E' sempre indispensabile integrare le famiglie nel percorso assistenziale
e. E' essenziale la trasmissione di informazioni e competenze alle famiglie e ai contesti di vita, per consentire la gestione quotidiana della disabilità complessa nel tempo
f. E' indispensabile il **coordinamento** e l'**integrazione** tra servizi e professionalità distinte, per poter costruire una rete sanitaria e assistenziale innovativa e su misura
g. E' fondamentale la collaborazione dei bambini e degli adolescenti per ottenere dati clinici attendibili
h. E' prioritario riuscire ad effettuare analisi epidemiologiche approfondite, che consentano una più adeguata programmazione per il futuro

Il modello assistenziale proposto

Obiettivo generale

Promuovere per i bambini ed adolescenti con disabilità e/o malattie genetiche complesse un'assistenza multidisciplinare che persegua l'obiettivo di :

- promuovere la salute globale del bambino e della sua famiglia,
- porre le basi per una vita da adulto la più autonoma possibile e inserita in idonei ambienti di lavoro, compatibilmente con le problematiche biomediche presenti

e che sia

- basata su un piano assistenziale e riabilitativo chiaro e ben esplicitato,
- centrata sulla famiglia e condivisa con essa,
- integrata con le risorse territoriali,
- in grado di ridurre gli accessi in ospedale,
- gestita da due *"patient manager"* esplicitati: uno presso il centro di riferimento e l'altro sul territorio.

I principi di base

- Ogni bambino con una malattia genetica o una disabilità grave ha diritto ad un'assistenza socio-sanitaria globale e alla promozione della sua salute psico-fisica come tutti gli altri bambini, a prescindere dalla rarità della sua condizione patologica, con l'obiettivo finale di ottenere il maggior grado possibile di salute psico-fisica e di autonomia.
- La famiglia ha diritto a:

- conoscere nei dettagli le caratteristiche della condizione patologica del proprio figlio e tutte le risorse che possono alleviarla,
- ricevere un'assistenza speciale per superare i momenti di crisi personali,
- partecipare attivamente ed in modo sereno e consapevole a tutte le decisioni che riguardano il proprio figlio.

Le strutture

- Centri di riferimento per diagnosi e follow-up per le varie specifiche patologie
  - inseriti nelle reti assistenziali già esistenti ed individuate nelle singole regioni,
  - collegati in rete tra di loro, secondo un adattamento del modello "mozzo e raggi", variabile, in funzione della patologia seguita in regime di eccellenza (assistenza-formazione-ricerca)
  - in ogni centro il professionista assume il ruolo di "patient manager", responsabile della "salute globale" del bambino e della sua famiglia
- Centri per la gestione dei problemi trasversali a diverse patologie:
  - strutture specifiche pediatriche ospedaliere locali che hanno sviluppato le competenze necessarie per la gestione del follow up,
  - servizi territoriali di neuropsichiatria infantile o di riabilitazione dell'età evolutiva,
  - strutture iperspecialistiche per problemi particolari e rari (la grave scoliosi, la craniostenosi ecc)
- Pediatria di famiglia e medicina generale di base:
  - Assume il ruolo di "patient manager" a livello territoriale, responsabile anch'esso della salute globale del bambino e della sua famiglia
  - strettamente collegati con i centri riferimento ed i servizi specialistici per problemi trasversali tramite gli strumenti indicati nella sezione apposita
- Capitale sociale territoriale : associazioni di genitori, scuola, organizzazioni per il tempo libero

. **Gli strumenti**

- Piano assistenziale individuale per la promozione della salute e la riabilitazione, programmato in collaborazione tra centro e territorio secondo le migliori evidenze disponibili (es.: linee guida, protocolli assistenziali concordati)
- Libretto sanitario, possibilmente computerizzato
- Potenziamento degli ospedali di riferimento con adeguato personale e l'inserimento di competenze di psicologia e assistenza sociale, anche individuando specifici "Centri Assistenza per la Disabilità"
- Stretto contatto tra centro di riferimento e servizi specialistici territoriali realizzato dai due patient manager (del centro di riferimento e del territorio) utilizzando occasioni di incontro interpersonali e quando necessario i moderni strumenti telematici, nell'ambito delle attività previste dagli accordi nazionali sui bilanci di salute al cronico
- Corsi di aggiornamento, anche utilizzando moderni supporti telematici, o altre occasioni di formazione di tutti i professionisti coinvolti e dei volontari (genitori o no) più impegnati nelle associazioni di genitori
- Sviluppo della ricerca clinica per la valutazione delle varie strategie assistenziali utilizzando anche le metodologie offerte dalla ricerca qualitativa

Tabella 3 – MALATTIE RARE PER LE QUALI SONO DISPONIBILI RACCOMANDAZIONI PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO, DA VALIDARE IN REGIONE CAMPANIA

1. RACCOMANDAZIONI MESSE A PUNTO DALLA SOCIETA' ITALIANA STUDIO MALATTIE METABOLICHE EREDITARIE (SISMME)

- MPS I

Raccomandazioni per follow-up

Raccomandazioni per terapia enzimatica sostitutiva (criteri di inclusione, criteri di esclusione, criteri di uscita)

- MPS II
  Raccomandazioni per follow-up

  Raccomandazioni per terapia enzimatica sostitutiva (criteri di inclusione, criteri di esclusione, criteri di uscita)

- MPS VI
  Raccomandazioni per follow-up

  Raccomandazioni per terapia enzimatica sostitutiva (criteri di inclusione, criteri di esclusione, criteri di uscita)

- Malattia di Niemann-Pick tipo C
  Raccomandazioni per follow-up

2. RACCOMANDAZIONI PER LA DIAGNOSI, LA TERAPIA E IL FOLLOW-UP, MESSE A PUNTO DALLA SOCIETÀ ITALIANA MALATTIE GENETICHE PEDIATRICHE E DISABILITÀ CONGENITE (SIMGePeD) E PUBBLICATE SUL SITO "Ambulatorio.com"

Neurofibromatosi di tipo 1

Sindrome da difetto di Glicosilazione

Sindrome di Angelman

Sindrome di Costello

Sindrome di Crouzon

Sindrome di Ellis - Van Creveld

Malattia di Gaucher
Sindrome di Gorlin
Sindrome di Kabuki

Sindrome KBG
Sindrome di Klinefelter
Sindrome da microdelezione cromosomica 22q11.2 (del 22)

Sindrome di Noonan

Sindrome di Rett

Sindrome di Silver-Russel

Allegato N

TITOLO DEL PROGETTO:

"REALIZZAZIONE DI UNA RETE REGIONALE AFFERENTE ALLE UNITA' SPINALI, PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE MIELOLESO E CEREBROLESO"

Linea progettuale 4 –Referente: Regione Campania

Le lesioni midollari rappresentano una delle più complesse e invalidanti patologie. Un appropriato trattamento delle gravi mielolesioni e/o cerebrolesioni richiede una risposta tempestiva e coordinata di varie unità operative per acuti e riabilitative, in sinergia con le funzioni sanitarie e socio-assistenziali territoriali.

In particolare, così come definito nell'Atto di intesa Stato-Regioni del 17 marzo 1996 sul sistema di emergenza sanitaria, l'**Unità Spinale Unipolare** (USU) è destinata all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, sin dal momento dell'evento lesivo, ed ha lo scopo di permettere ai mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute ed il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione. Essa inoltre, agendo in fase intensiva-subintensiva, permette di aumentare l'appropriatezza organizzativa dell'assistenza ai malati critici, attraverso la riduzione del congestionamento dell'area della Terapia Intensiva ad alta intensità di cure, problema oggi comune a molte realtà regionali.

Essa si colloca all'interno di presidi ospedalieri con caratteristiche di DEA di II livello, raccordandosi con i Servizi di Emergenza Urgenza di II livello ed in particolare con i Trauma Center, e utilizza le risorse professionali, strumentali ed edilizie presenti nella struttura nella quale è inserita attraverso un'organizzazione interdisciplinare che soddisfi le differenti necessità cliniche, terapeutico-riabilitative, psicologico-sociali delle persone affette da lesione midollare. Si avvale di personale medico fisso e ad accesso programmato, in modo da garantire unitarietà dell'intervento e approccio interdisciplinare, sia nella fase precoce che in quella riabilitativa. In ogni caso deve essere garantito l'approccio globale clinico-assistenziale dell'intervento terapeutico e riabilitativo che integri competenze, professionalità e risorse disponibili nella stessa o in diverse Aziende sanitarie tramite l'adozione di percorsi e protocolli caratteristici del modello organizzativo "in rete".

Alla USU afferisce il coordinamento dei percorsi clinico-assistenziali e riabilitativi dei pazienti, garantendo la più moderna e qualificata assistenza, incluso i processi formativi e lo studio di nuove metodologie di trattamento e la prevenzione di ogni complicanza immediata, che può instaurarsi all'atto dell'evento lesivo o successivamente, quando la lesione può considerarsi definitivamente stabilizzata.

Da dati riportati dalle società scientifiche, in Campania attualmente vi è una prevalenza di circa 7-8.000 casi cronici, con un'incidenza di circa 100 nuovi casi l'anno. Tali casi, che si verificano prevalentemente in seguito ad eventi traumatici, determinano un ingente danno sociale, essendo l'età media dei malati è intorno ai 40 anni. Inoltre, viste le conseguenze disabilitanti di tali lesioni, le famiglie dei malati subiscono gravi disagi sociali ed economici, a cui spesso si sommano quelli derivanti dalla necessità di ricorrere a centri specialistici fuori Regione, con conseguente notevole aggravio di costi regionali per mobilità sanitaria passiva.

Obiettivi

In Regione Campania, a fronte di un'attuale carenza assoluta di posti letto di USU, il Piano Regionale Ospedaliero 2007-2009, approvato con Legge Regionale 24 del 19 dicembre 2006, ha previsto la realizzazione di 2 USU, una presso il CTO della ASL Napoli1 con 20 p.l., e l'altra presso AORN Moscati di Avellino con 10 p.l., in corso di realizzazione mediante l'utilizzo delle risorse disponibili per l'edilizia sanitaria.

A partire quindi dalla situazione esistente, il presente progetto vuole realizzare, anche attraverso la valorizzazione e la migliore caratterizzazione delle attività delle strutture territoriali esistenti, una rete assistenziale per i malati affetti da lesioni midollari e/o cerebrali che contempli, accanto alla disponibilità dei p.l. di III livello di USU previsti e in corso di realizzazione, la individuazione di una rete di centri di riabilitazione post-intensiva di II livello per i pazienti stabilizzati, in collegamento funzionale con il III livello, con distribuzione geografica omogenea, che permetterebbe l'avvicinamento dei pazienti meno problematici al proprio domicilio; ciò porterebbe ad una riduzione della durata delle degenze e una riduzione dei disagi e dei costi indiretti assistenziali per il paziente e la famiglia. È necessario inoltre disegnare percorsi socio-assistenziali che garantiscano la reale continuità del progetto riabilitativo mediante la realizzare una rete di centri per il reinserimento del paziente tetra o paraplegico, anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni degli utenti, individuando al contempo una funzione di riferimento territoriale per ogni ASL che, in azione coordinata con le strutture di II e III livello, aiuta il paziente al ritorno a casa e al reinserimento nel mondo del lavoro. Tale funzione attiva il sistema di rete in cui la famiglia del paziente è uno dei nodi essenziali, insieme ai MMG, ai medici specialisti, alle strutture dei servizi sociali.

DURATA DEL PROGETTO: Triennale

Obiettivi

Migliorare gli esiti dei pazienti mielolesi e cerebrolesi in Campania attraverso:

B) Definizione, a cura del Settore Regionale Assistenza Ospedaliera ed in collaborazione con le altre strutture competenti, della rete regionale sanitaria e socio-assistenziale di I, II e III livello, attraverso la stesura di un piano che individui le strutture e i percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi per pazienti mielolesi e cerebrolesi.

C) Miglioramento della qualità delle cure prestate attraverso iniziative di formazione /aggiornamento dedicati a temi sulle fasi di prima assistenza in emergenza ai pazienti mielolesi e cerebrolesi e al successivo percorso terapeutico e riabilitativo per la corretta gestione del successivo andamento clinico e per gli esiti a distanza. Tali iniziative saranno rivolte al personale medico-infermieristico, ai terapisti della riabilitazione, ai pazienti ed ai loro familiari.

D) Miglioramento della qualità delle cure prestate dalla rete per l'assistenza al paziente mieloleso e cerebroleso attraverso:

- Creazione sistema informativo regionale dedicato
- Integrazione dotazioni USU

Tempi per il raggiungimento degli obiettivi

Si prevede che il miglioramento del sistema possa essere reso operativo nell'arco di tre anni dall'approvazione del progetto.

Nel corso del primo anno verranno analizzati i dati relativi agli indicatori proposti per verificare l'attuale stato dell'arte e programmare gli interventi operativi ritenuti più idonei, che saranno attuati nel corso del secondo e terzo anno.

Costi connessi

I costi connessi alla realizzazione del progetto sono riferibili alla realizzazione di corsi di formazione/riqualificazione, la realizzazione del sistema informativo dedicato e la integrazione delle dotazioni USU. Essi ammontano a 3.000.000 €.

Indicatori che consentono di misurare la validità dell'intervento proposto

- Realizzazione pianificazione regionale dei percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi per pazienti mielolesi e cerebrolesi.
- Realizzazione corsi programmati.
- Definizione sistema informativo dedicato.

Allegato O

TITOLO DEL PROGETTO:

"PROGETTO REGIONALE PER LO SVILUPPO DI STRUMENTI UTILI AL GOVERNO CLINICO E ALLA GESTIONE DEL RISCHIO"

Linea progettuale 5

Referente. Regione Campania

In questi ultimi anni, a partire dal D.lgs 229/99, la pianificazione e la programmazione nazionale e delle varie regioni, dopo una prima fase di contenimento dei costi caratterizzata da azioni sugli assetti gestionali e organizzativi con l'intento di recuperare margini di efficienza operativa, hanno posto grande interesse su aspetti riguardanti l'efficacia clinica delle prestazioni e l'appropriatezza delle stesse, in un'ottica di costante sviluppo della qualità e della sicurezza dell'assistenza. Ciò ha determinato lo sviluppo di una costante attenzione a come vengono realmente assistiti i pazienti, indicata nel mondo anglosassone come "clinical governance", da noi traducibile come "governo clinico".

Sinteticamente, il governo clinico ha un obiettivo essenziale: muovere le azioni del sistema dei servizi al fine di rendere le prestazioni appropriate, accessibili, rilevanti per il cittadino/utente, ottenute con il miglior rapporto costo-efficacia.

Si possono così, in maniera schematica, distinguere due punti essenziali per qualunque valutazione sulla qualità delle cure: il momento dell'accesso alla prestazione ed il momento in cui si ha l'esito della prestazione stessa. Non c'è buon governo clinico, infatti, se i cittadini/utenti vivono discriminazioni sulle prestazioni (in termini di accesso o di appropriatezza) oppure se gli esiti delle stesse sono negativi per la salute dei singoli (non sono dunque rilevanti).

Nell'ambito dei temi riconducibili al governo clinico si è sviluppata nel tempo una particolare attenzione alla gestione del rischio, attraverso l'implemetazione di metodologie che, mediante un approccio sistemico del rischio, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori con conseguente miglioramento qualitativo complessivo sia della sicurezza che dell'appropriatezza assistenziale.

Obiettivi

Il sistema sanitario campano ha quindi registrato un crescente bisogno di sicurezza ed un sempre maggiore interesse per i temi della qualità ed appropriatezza delle prestazioni.

Il presente progetto, lungi dall'esaurire le innumerevoli tematiche che compongono la materia della qualità dell'assistenza, intende sistematizzare l'esistente e fornire alla Regione stessa e alle Aziende Sanitarie alcuni strumenti utili per la valutazione, oltre che delle fasi di accesso alle prestazioni, oggetto tra l'altro di una specifica attività progettuale sulle liste di attesa, dell'efficacia delle stesse e della gestione del rischio. Tali strumenti intendono fornire un supporto a commissioni regionali professionali per il governo clinico e per la gestione del rischio, alcune già operanti e altre che dovranno essere istituite e formalizzate nel tempo.

Progetto Regionale per la Valutazione degli Esiti delle Prestazioni Ospedaliere

Le metodologie di Valutazione osservazionale degli Esiti dei trattamenti sanitari hanno raggiunto un sufficiente grado di maturità scientifica e di applicabilità operativa per consentire una loro sistematica introduzione nel SSN attraverso la organizzazione di un organico Programma di Valutazione degli Esiti.

Un Programma per la Valutazione osservazionale degli Esiti dei trattamenti sanitari deve avere le funzioni di:

- valutazione di efficacia operativa (effectiveness) delle tecnologie sanitarie introdotte nel SSN sulla base delle prove scientifiche di efficacia (efficacy) da studi randomizzati controllati;
- valutazione di efficacia di tecnologie sanitarie introdotte nel SSN in assenza di valide prove scientifiche sperimentali di efficacia (vedi art.1 comma 8 DL 229/99) ;
- identificazione, soprattutto ai fini dell'accreditamento, dei fattori di produzione ed organizzativi che modificano l'efficacia dei trattamenti, con particolare riferimento ai volumi di attività delle strutture sanitarie;
- valutazione, anche con il confronto tra soggetti erogatori e aree, della equità nell'accesso alle prestazioni e nell'efficacia delle cure, con particolare riferimento alle condizioni socioeconomiche ed al genere;
- confronto tra soggetti erogatori.

A tale fine è necessario mettere a punto ed aggiornare costantemente nel tempo database clinici, metodologie di risk adjustment, indicatori di performance, utili a fini valutativi e già metodologicamente sviluppati nell'ambito del progetto Mattoni "Valutazione dell'outcome". Tale attività è da considerarsi ad elevata competenza scientifica e dovrà esplicitamente prevedere procedure e modalità di regolazione dei conflitti di interesse.

Tutte le informazioni derivate dalle attività di valutazione dell'accesso alle cure e degli esiti dovranno essere normalmente disponibili per i livelli regionali e locali di governo e gestione del SSN, per i professionisti, ed in particolare per i MMG. La eventuale disponibilità diretta generale per i cittadini di queste informazioni dovrà essere condizionata ad efficaci programmi strutturati di comunicazione che ne garantiscano l'efficacia, massimizzando gli effetti positivi e minimizzando i possibili effetti negativi, soprattutto per quanto riguarda l'equità.

I database clinici potranno essere costituiti a partire da un rafforzamento delle attività epidemiologiche e valutative dei Registri di Patologia già istituiti o di cui è prevista l'istituzione e dei 2 Registri Tumori di Popolazione già esistenti; dal rafforzamento delle attività del Registro Regionale delle Cause di Morte istituito presso l'OER Campania; dal potenziamento delle capacità informatiche e di analisi statistica al fine di favorire il cd. linkage tra le sunnominate banche dati al fine di cominciare, come già avviene in molte Regioni, attività di valutazione sugli Esiti delle Cure principalmente mirate alle patologie cronico degenerative ed, in particolare, dell'Apparato Cardiovascolare e Neoplastiche per la particolare rilevanza che assumono nella ns. Regione in termini di incidenza, di prevalenza e di sopravvivenza.

Al fine di dare attuazione a quanto su descritto si propone di istituire un **Progetto Regionale per la Valutazione degli Esiti delle Prestazioni Ospedaliere** che possa efficacemente supportare sia le attività relative ai processi di Accreditamento delle Strutture erogatrici che Professionali sia ogni processo in essere di miglioramento della qualità delle prestazioni con particolare riferimento alla gestione del Rischio Clinico. Le modalità operative attraverso cui dare attuazione al progetto dovranno prevedere l'istituzione di almeno 2 gruppi di lavoro, uno composto da qualificati e riconosciuti Esperti nelle Specialità di riferimento per affrontare e programmare le attività da intraprendere al fine di analizzare le problematiche evidenziate, l'altro composto da qualificati Tecnici Esperti in epidemiologia valutativa, statistica, informatica ecc. al fine

di pianificare e mettere in essere le indicazioni e gli obiettivi valutativi che scaturiranno dal precedente Gruppo di Lavoro

Progetto Regionale di Gestione del Rischio

La Giunta Regionale della Campania, recependo le indicazioni del Ministero della Salute sul tema della gestione del rischio, ha approvato, con la Deliberazione n.1688/2005 "Implementazione e sviluppo nelle Aziende Sanitarie di strumenti per la gestione del rischio clinico", il documento tecnico che fornisce indicazioni programmatiche per l'avvio nelle Aziende Sanitarie di apposite metodologie, sistemi e strumenti finalizzati alla gestione del Rischio clinico, fatta salva l'autonomia delle aziende sanitarie nella costruzione del proprio sistema di gestione del rischio. La finalità principale è quella di ridurre il fenomeno dell'errore in medicina e, più in generale, di migliorare la qualità e la sicurezza assistenziale che, come noto, rappresentano obiettivi irrinunciabili del S.S.R. A tal proposito le Aziende Sanitarie si sono dotate di una struttura interna Coordinatore/referente/Team aziendale per la gestione del R.C.

Inoltre l'Assessorato alla Sanità, con Decreto Presidenziale n. 565/2006, ha istituito il Comitato Regionale di Coordinamento per la gestione del Rischio clinico con il compito, tra l'altro, di realizzare un Piano Operativo, monitorando gli interventi realizzati presso le Aziende Sanitarie.

Infine, per promuovere la conoscenza e l'applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, la Regione Campania – Settore Assistenza Ospedaliera ha avviato diverse iniziative (attivazione sperimentale presso alcune Aziende Sanitarie di strumenti come Consenso Informato e Percorsi Diagnostico Terapeutici avviati dalla propria Agenzia sanitaria -ARSAN) e ha aderito a un progetto ministeriale di Gemellaggio con l'Emilia Romagna. In conseguenza ai positivi riscontri emersi da tale progetto la Regione Campania, accanto all'adozione, alla standardizzazione e alla diffusione di metodi e strumenti per la gestione del rischio clinico quali la Root Cause Analysis (RCA), la Failure Mode and Effects Analysis (FMEA), la Failure Mode Effects and Criticality Analysis (FMECA) ha attivato un sistema informativo, definendo uno specifico minimum data set, utile per il monitoraggio degli eventi sentinella e dell'incident reporting, che risponde all'esigenza di rispondere al debito informativo regionale nei confronti del Ministero della Salute sugli eventi sentinella.

Sempre nell'ambito dei temi inerenti la gestione del rischio si è sviluppato inoltre presso il Settore Assistenza Ospedaliera un programma per la sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere che ha prodotto le Deliberazioni N. 1715/2007 - Approvazione del Piano Regionale di Prevenzione e Controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e N. 2311/2007 - Attività Formative rivolte alle figure professionali addette all'assistenza sanitarie e socio-sanitaria in tema di Prevenzione e controllo del rischio infettivo in attuazione DGRC 1715/2007.

Il **Progetto Regionale di Gestione del Rischio** si propone, a partire dalle esperienze realizzate presso il Settore Assistenza Ospedaliera, di sviluppare ulteriormente l'operatività delle Aziende Sanitarie sui temi della gestione del rischio, e in particolare:

- la creazione di un sistema di rilevazione della sinistrosità;
- la diffusione di raccomandazioni per minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi;
- lo sviluppo di un modello di reportistica aziendale;
- la promozione di programmi aziendali di formazione specifica, con particolare riferimento a temi di Evidence Based Medicine (EBM);

- lo sviluppo di attività aziendali di protocolli diagnostico-terapeutici a partire da documentazione su pratiche di dimostrata efficacia;
- la disponibilità diffusa di strumenti di documentazione scientifica.

A tale scopo verranno costituiti gruppi regionali tematici composti da referenti aziendali.

DURATA DEL PROGETTO: Triennale

Obiettivi

1. Mettere a punto strumenti per la valutazione degli esiti delle prestazioni ospedaliere per il governo clinico mediante:

A. Predisposizione, sotto il coordinamento del Settore Assistenza Ospedaliera, di database clinici regionali (interventi di cardiochirurgia, aritmologia interventistica, angioplastiche coronariche, protesi d'anca, parti cesarei, assistenza intensiva ecc), a partire dalle attività epidemiologiche e valutative dei Registri di Patologia già istituiti o di cui è prevista l'istituzione e dei 2 Registri Tumori di Popolazione già esistenti; dal rafforzamento delle attività del Registro Regionale delle Cause di Morte istituito presso l'OER Campania; dal potenziamento delle capacità informatiche e di analisi statistica al fine di favorire il cd. linkage tra le sunnominate banche dati;
B. Predisposizione di strumenti per la comunicazione di tutte le informazioni derivate dalle attività di valutazione degli esiti per i livelli regionali e locali di governo e gestione del SSN, per i professionisti, ed in particolare per i MMG. Sarà inoltre valutata la fattibilità di un programma di comunicazione per i cittadini di queste informazioni
C. Predisposizione di programmi di formazione /aggiornamento dedicati a temi sulla metodologia di definizione delle evidenze scientifiche e sulla utilizzazione dei risultati delle revisioni sistematiche. Tali iniziative saranno rivolte al personale medico-infermieristico.

2. Mettere a punto strumenti per la gestione del rischio clinico mediante:

A. Creazione di un sistema regionale di rilevazione della sinistrosità aziendale;
B. Iniziative per la diffusione di raccomandazioni per minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi;
C. Sviluppo di un modello di reportistica aziendale;
D. Promozione di programmi aziendali di formazione specifica, con particolare riferimento a temi di Evidence Based Medicine (EBM);
E. Sviluppo di attività aziendali di protocolli diagnostico-terapeutici a partire da documentazione su pratiche di dimostrata efficacia;
F. Implementazione delle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere;
G. Disponibilità diffusa di strumenti di documentazione scientifica.
H.

Tempi per il raggiungimento degli obiettivi

Si prevede che il miglioramento del sistema possa essere reso operativo nell'arco di tre anni dall'approvazione del progetto.

Nel corso del primo anno verranno analizzati i dati relativi agli indicatori proposti per verificare l'attuale stato dell'arte e programmare gli interventi operativi ritenuti più idonei, che saranno attuati nel corso del secondo e terzo anno.

Costi connessi

I costi connessi alla realizzazione del progetto sono riferibili alla realizzazione di corsi di formazione, il miglioramento dei data base esistenti finalizzati al record linkage, la diffusione generalizzata di strumenti di documentazione scientifica, il rafforzamento dei team aziendali del rischio clinico e dei Comitati per le Infezioni Ospedaliere. Essi ammontano a 10.000.000,00 €.

Indicatori che consentono di misurare la validità dell'intervento proposto

- Realizzazione di almeno un database clinico.
- Realizzazione corsi programmati.

Allegato P

Progetto SANIARP Campania on-line

Linea progettuale 5 –

Referente: Regione Campania

Ogni processo di cambiamento, oltre che rappresentare una variabile di tipo organizzativo rappresenta, inevitabilmente, una fase di crisi e di "messa in discussione" dei consolidati quadri concettuali e delle relative mappe cognitive di tutti i soggetti interessati. Un diverso approccio culturale alle tematiche sanitarie come quello rappresentato dall'HTA deve necessariamente partire da due paralleli e contestuali momenti:

1) la strutturazione di una banca dati, grazie all'acquisizione continuativa e sistematica di ogni informazione di spesa sanitaria, ai fini di una dinamica valutativa delle prestazioni erogate;
2) iniziative di formazione e informazione, fondamentali per la crescita culturale su tali problematiche, rivolta a tutti gli operatori sanitari e a quanti in ambito dell'Amministrazione Regionale operino in Sanità.

Strutturare su tutto il territorio regionale un sistema di monitoraggio efficace, centrale e completo permette di raggiungere i seguenti obiettivi:

- **A livello aziendale**: fornire uno strumento per l'analisi, nella propria realtà, delle prestazioni offerte ed il conseguenziale confronto con realtà analoghe al fine di promuovere l'appropriatezza.
-
- **A livello regionale**: conoscere tempestivamente le dinamiche dei consumi sanitari per il governo della spesa ai fini della programmazione delle politiche sanitarie centrate sempre più alla verifica ed al perseguimento dell'appropriatezza.
-

Il progetto in Campania le Unità Operative o UHTAC

Le Unità operative delle aziende sanitarie UHTAC (Unità Health Technology Assessment Campania) campane, con un flusso strutturato come in precedenza descritto, saranno le Unità che in Campania si occuperanno di HTA e costituiranno una rete regionale che avrà come strumento operativo generatore dei flussi quello già sperimentato in Regione Campania dal Settore Farmaceutico-Area Assistenza Sanitaria dell'Assessorato alla Sanita e che potenzialmente origina una informazione completa di prestazione sanitaria: il flusso originato dal progetto SANIARP Campania on-line, elaborato dal Settore con la A.S.L. CE1.

L'analisi di una variabile multideterminata come la spesa sanitaria in una prospettiva "a centralità del paziente", prima che essere una scelta di natura culturale e/o ideologica, rappresenta una fondamentale impostazione metodologica in una visione di sociologia sanitaria. Grazie a tale approccio, infatti, è possibile coniugare le due dimensioni micro-macro in una visione sistemica dell'assistenza sanitaria:

- la dimensione micro, che permette di non disperdere i soggettivi ed individuali percorsi terapeutici recuperabili e leggibili attraverso le specifiche "storie cliniche" ;

- la dimensione macro, che permette di leggere le "storie cliniche aggregate" riferite ad una specifica popolazione per ogni tipologia di analisi, in particolare per quelle di natura di natura epidemiologica.
-

A livello internazionale l'HTA appare sempre più centrale nel governo dei sistemi

sanitari dei paesi avanzati: il suo approccio multidisciplinare sostiene decisioni delicate di allocazione delle risorse governando i processi di innovazione tecnologica ed organizzativa nei sistemi sanitari. L'approccio dell'HTA rappresenta lo strumento attraverso il quale si disciplina, in una forma moderna ed efficace, il rapporto tra produzione delle evidenze scientifiche e decisione politica conseguente.

Il Progetto SANI.A.R.P Campania on-line, dove l'acronimo indica una SANItà a centralità

dell'Assistito e della Risposta Prescrittiva, concretizza tale prospettiva, rendendo possibile analizzare la risposta prescrittiva alla patologia sia nel singolo assistito che in gruppi omogenei di popolazione grazie al collegamento tra la patologia e la specifica prescrizione. In tal modo, è possibile entrare nel merito delle tematiche terapeutiche e, quindi, valutarne l'appropriatezza. Variabile che diviene determinante e centrale, in un'ottica di governo clinico, per tutte le prestazione a carico del S.S.R. E' in tal senso che si ritiene utile introdurre il concetto di "**appropriatezza prestazionale**", quale **traduzione operativa** della definizione di HTA, ormai internazionalmente utilizzata, formalizzata dallo Standing Group on Health Technology del NHS in Inghilterra nel 1992 (definizione che sintetizza in modo più ampio l'originario assunto elaborato negli Stati Uniti nel 1972 dall'O.T.A., Office Technology Assessment) :

" Tutti i metodi utilizzati dagli operatori sanitari per promuovere

la salute, per prevenire e trattare la malattia, per migliorare la

riabilitazione e le cure a lungo termine."

In tale quadro di riferimento concettuale, l'HTA rappresenta, contestualmente, un processo

strutturato, in quanto raccolta sistematica di dati con relative metodologie di analisi ed elaborazioni, e multidimensionale, in quanto valutazione complessiva dell'impatto e degli effetti correlati ad una determinata tecnologia. E' di immediata evidenza che tale termine, nell'ottica della definizione appena esposta, assume il più ampio significato di prestazione erogata ai fini del raggiungimento degli obiettivi di salute.

Proprio in quanto processo strutturato e multidimensionale, l'architettura del Progetto SANI.A.R.P. rappresenta la traduzione operativa dell'HTA, prevedendo la sistematizzazione della raccolta dati quale "conditio sine qua non" per ogni dinamica valutativa e comparativa. Difatti, all'atto dell'**emissione della prescrizione** da parte del M.M.G. o del P.L.S., la ricetta è inviata in rete intranet sia nel circuito degli erogatori di prestazione sanitaria (nella fase di sperimentazione promossa dal Settore Farmaceutico, le farmacie associate all'iniziativa, a regime tutti i soggetti rogatori di prestazione sanitaria a carico del S.S.R.), sia direttamente c/o la A.S.L., con il trasferimento in banca dati di ogni tipologia di prestazione (intention to treat), corredata:

- dall'indicazione al trattamento
- dall'eventuale codice di esenzione
- dalla posologia nel caso di prescrizione di farmaci

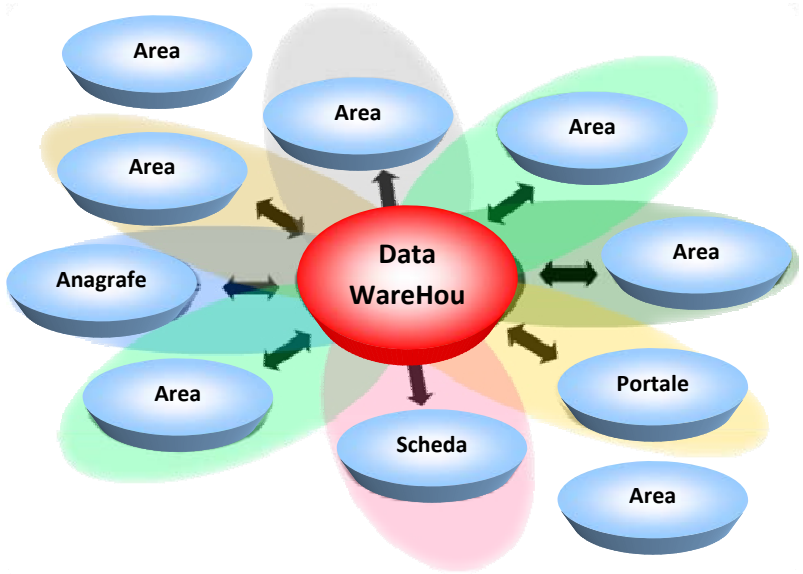
- dal codice identificativo dell'eventuale medico induttore.
-

Sulla ricetta cartacea ed informatica viene riportato il codice di autorizzazione formato da un algoritmo variabile e segreto a sedici caratteri. La lettura ottica dell'algoritmo consente all'erogatore di verificare la rispondenza del documento cartaceo con quello informatico e, quindi, di erogare la prestazione. All'**atto dell'erogazione**, alla A.S.L. è possibile "vedere" in tempo reale la chiusura del **ciclo emissione prescrizione - erogazione prestazione sanitaria**. La chiusura in tempi così rapidi del ciclo e la sua contestuale "presa visione" comporta, tra l'altro, l'analisi e la eventuale contestazione delle ricette producendo una verticale riduzione dei tempi e delle procedure di controllo che possono essere effettuate quasi in tempo reale, a fronte dei sei-dodici mesi oggi necessari per la lettura. Ulteriori valori aggiunti del Progetto sono rappresentati da:

- invasività nulla c/o la sede del soggetto prescrittore
- estrema semplicità e rapidità nelle operazioni c/o il soggetto erogatore della prestazione
- possibilità di introdurre direttamente in rete dinamiche di audit clinico
- possibilità di utilizzare vari strumenti dinamici che permettono, incrociando diverse dimensioni (ad esempio medico, ditta farmaceutica, assistito, farmacia, farmaco), di poter effettuare qualsiasi interrogazione e di elaborare il dettaglio delle varie prescrizioni fino ad arrivare alla visualizzazione dell'immagine della ricetta.
-

In estrema sintesi, SANI.A.R.P. Campania on line non rappresenta, e non vuole rappresentare, la mera trasformazione delle procedure cartacee in elettroniche ma è una opportunità per:

- ripensare alla Sanità come sistema
- leggere tale sistema come una ellisse i cui due fuochi sono rappresentati dal cittadino-utente, in quanto singolo e/o popolazione, e dal medico prescrittore
- coniugare l'innesto di E-Health con processi di MCQ in ogni livello della struttura organizzativa.
- introdurre una politica gestionale che non parta dal mero contenimento ragionieristico dei costi (che ha come indotto un inevitabile ed ulteriore abbassamento della qualità delle prestazioni al cittadino), ma che punti a tale obiettivo attraverso una costante verifica della qualità e dell'appropriatezza prestazionale (che ha come indotto la "liberazione" di risorse impropriamente allocate e la loro potenziale utilizzazione per l'avvio di un "circolo virtuoso"). In estrema sintesi: razionalizzazione a centralità del paziente e non razionamento a centralità del conto economico, assumendo la raccolta dati come premessa per poter puntare alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva secondo il seguente schema:



Se lo sviluppo di strumenti di razionalità per il governo della sanità pubblica è condizione indispensabile per la sua sostenibilità, SANI.A.R.P. , consentendo la valutazione della prescrizione a carico del S.S.N. in tutte le sue dimensioni, permette di supportare le decisioni politiche, quelle manageriali e quelle cliniche con un approccio scientifico alla soluzione di problemi decisionali complessi per un sistema sanitario più efficace, efficiente, appropriato ed equo.

Sulla scia di Archie Cochrane (1972), si può affermare che la selezione di una prestazione sulla base dell'efficacia è, contestualmente, una via per allocare efficientemente le risorse.

COSTI CONNESSI

Per la strutturazione del network regionale (punto 1), 10 milioni di euro

Per le attività di Formazione degli operatori (punto 2) 5 milioni di euro

Allegato Q

REFERENTE: dott. Antonio Gambacorta
A.G.C. Assistenza Sanitaria
Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria
Centro Direzionale, Isola C/3
NAPOLI
Tel. 0817969426
e.mail: a.gambacorta@regione.campania.it

Durata del progetto: biennale

Sintesi dei contenuti del progetto

PREMESSA

I tempi di attesa costituiscono una delle problematiche più diffuse nei sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie.

Anche in Italia tale problematica è particolarmente sentita, tanto da suscitare al riguardo il continuo interesse del legislatore, fino ad ottenere il riconoscimento di elemento costitutivo o "componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza", in quanto in grado di influenzare con buona probabilità il risultato clinico delle prestazioni sanitarie o la condizione di vita sociale dei cittadini.

Infatti il tempo di erogazione costituisce una delle caratteristiche fondanti dei livelli essenziali di assistenza perché la prestazione oltre ad essere appropriata dal punto di vista clinico ed organizzativo deve essere erogata al tempo "giusto".

I numerosi interventi normativi hanno avuto come obiettivo quello di garantire, mediante tempi d'accesso alle prestazioni sanitarie certi e adeguati ai problemi clinici presentati, il rispetto di fondamentali diritti alla persona, quali la tutela della salute e l'eguaglianza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

La lunghezza, in alcuni casi eccessiva, delle liste di attesa rappresenta, per un sistema sanitario, un evento fortemente critico, in quanto può limitarne la garanzia d'equità d'accesso e la fruizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché ridurre la qualità percepita.

Le specificità e le complessità che riguardano i tempi di attesa sono molteplici, esse investono principalmente il bene oggetto implicito della richiesta, cioè la tutela della salute e la sua rilevanza individuale e collettiva, il diverso impatto in termini di salute di una stessa prestazione resa a pazienti diversi, un sistema di offerta disomogeneo e non interconnesso, il rapporto fiduciario tra il paziente ed un dato erogatore.

L'intervento della recente Legge 23 dicembre 2005 n .266 all'articolo 1, commi 283, 284, 288, 289, 309 ha non solo dotato, in tema dei tempi e delle liste di attesa, i provvedimenti già adottati in sede nazionale e regionale di ulteriore forza e vigore ma ha dettato disposizioni vincolanti ed indirizzi per il Piano Nazionale per il contenimento dei Tempi di Attesa. Tale Piano, approvato in sede di Conferenza Stato –Regioni nella seduta del 28 marzo 2006, ha offerto al Paese una risposta al perdurare del fenomeno delle liste d'attesa, individuando strumenti e modalità di collaborazione di tutti gli attori del sistema.

Sono state introdotte alcune significative novità ed innovazioni che si tradurranno in vantaggi per il cittadino con l'adozione dei Programmi Aziendali.

Il problema è stato affrontato su due dimensioni, per ciascuna delle quali si individuano atti volti ad assicurare precise responsabilità nella gestione dei tempi di attesa.

La prima dimensione si pone in ambito regionale, avendo le Regioni l'obbligo di dotarsi di uno strumento programmatico unico e integrato, nel quale far confluire e rendere coerenti tutti gli atti e provvedimenti già adottati sul tema delle liste d'attesa al fine di garantire un abbattimento dei tempi di attesa, agendo nello stesso tempo sul lato della domanda e su quello dell'offerta.

E', altresì, previsto che in tutte le regioni si proceda alla attivazione del Centro Unico di Prenotazione regionale (CUP), in grado di assicurare tempestività, trasparenza e sinergia per facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie ambulatoriali e ospedaliere.

La seconda dimensione si pone in ambito locale, mediante provvedimenti volti ad assicurare al cittadino l'erogazione delle prestazioni presso strutture pubbliche o accreditate nei tempi di attesa fissati dall'Azienda che non dovranno essere superiori a quelli fissati dalla Regione.

Il cittadino nel momento in cui ha bisogno di ottenere, a seguito di un'appropriata prescrizione del medico di famiglia o dello specialista una prestazione saprà con certezza in quale struttura troverà risposta entro il termine massimo previsto.

Questa impostazione fortemente innovativa consente di individuare con chiarezza la catena di responsabilità che fino ad oggi invece non era chiara.

La Regione Campania con il presente Progetto, in coerenza con le indicazioni contenute nel PRCTA approvato con DGRC n. 170 del 10-02-2007, oltre ad assicurare la coerenza e l'attuazione del Piano Nazionale di contenimento delle liste di Attesa, ha inteso affidare un ruolo rilevante e decisivo alle Aziende Sanitarie in quanto destinatarie della concreta attuazione delle indicazioni e dei criteri stabiliti, mediante la scelta delle strategie più idonee a garantire la riduzione, nel proprio specifico contesto locale, delle liste e dei tempi di attesa.

GOVERNO DELLA DOMANDA E CRITERI DI PRIORITA'

All'allungamento dei tempi di attesa concorrono una molteplicità di fattori complessi:
1)la crescente richiesta di prestazioni sanitarie favorita dal progresso tecnologico.
2)la percezione del proprio stato di salute da parte dei cittadini;
3)la valutazione delle necessità assistenziali da parte dei medici (medicina generale e specialistica);
4)la disponibilità di adeguate risorse umane, tecnologiche e strumentali da parte dei servizi sanitari, il loro appropriato utilizzo e la complessiva capacità organizzativa. Per una possibile soluzione del problema delle liste d'attesa bisogna intervenire per modificare l'attuale contesto organizzativo del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie. Gli interventi di modifica del contesto richiedono cambiamenti del sistema del governo della domanda e/o dell'offerta.

ANALISI DEL CONTESTO

La Regione Campania, con la DGRC 170/2007 ha adottato il proprio Piano Regionale per il Contenimento delle Liste d'Attesa per il triennio 2006/2008, in attuazione di quanto previsto nell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006.

Già in precedenza la Regione Campania, con una serie di atti che costituiscono parte integrante del PRCTA[1] aveva già adottato molte delle linee operative previste dal Piano, per cui la DGRC 170/2007 ha costituito l'atto di completamento e razionalizzazione della strategia regionale per il pieno raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale.

In tale ottica si pone l'obiettivo strategico del presente progetto, che focalizza l'attenzione su due aspetti essenziali, quali la **comunicazione e l'informazione ai cittadini** e la **messa a regime del sistema CUP**.

Il presente progetto prevede, per la piena attuazione del Piano Regionale, la realizzazione di tali principali linee di azione integrate tra Regione ed Aziende che si articolano come segue:

AZIONE 1: COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE SULLE LISTE DI ATTESA AI CITTADINI

Realizzazione dei Piani di comunicazione aziendale

Tutte le AA.SS.LL e le AA.OO. devono predisporre un "Piano di comunicazione aziendale" che, in merito alle liste di attesa e tenendo conto dei diversi target, espliciti:
- come si intende promuovere il ricorso appropriato alle prestazioni;
- il sistema dell'offerta e la sua accessibilità;
- le innovazioni normative ed organizzative;
- le caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- le regole a tutela dell'equità e della trasparenza

in accordo agli indirizzi del presente piano regionale sulle liste di attesa.
Di seguito sono altresì dettagliate alcune informazioni nonché modalità e strumenti di comunicazione ritenuti essenziali o utili al fine di garantire equità e trasparenza all'assistito.

Al momento della prescrizione: Informativa su tempi e liste di attesa per l'assistito

L'assistito, al momento della prescrizione, deve essere informato circa:
- la scelta della classe di priorità effettuata e la possibilità, limitatamente ai ricoveri, che essa
possa essere modificata in fase di accettazione;
- per quali prestazioni è obbligatoria la prenotazione;
- per quali prestazioni è obbligatoria la prescrizione;

---

[1] ***Normativa Regionale***
- **D.G.R. n. 1018 del 02.03.2001,** con la quale viene regolamentata una corretta prescrizione farmaceutica e le contestazioni nelle attività di controllo sui prescrittori(Legge 425/96);
- **D.G.R. n. 3513 del 20.07.01**, con la quale la Regione Campania, in applicazione dell'articolo 3 del D.Lgs n. 124/98, ha adottato provvedimenti urgenti per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e il contenimento della spesa sanitaria;
- **D.G.R. n. 4061 del 07.09.2001,** con la quale la Regione Campania ha emanato una prima direttiva sulla disciplina delle liste di attesa. Tale delibera,infatti, oltre alla rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale, ha definito i criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa sia per le prestazioni in costanza di ricovero che ambulatoriale, nonché regolamentato l'attività libero professionale, la comunicazione,l'informazione e il monitoraggio;
-**D.G.R. n. 1082 del 15.03.2002,** con la quale vengono dettate disposizioni attuative del DPCM 29.11.2001 concernente I Livelli Essenziali di Assistenza;
-**D.G.R. n.2079 del 13.06.2003,** con la quale sono stati adottati provvedimenti concernente la legge 405 del16.11.2001;
- **D.G.R.C. n. 3142/03**, con la quale la Regione ha approvato "Il Piano per lo sviluppo di sistemi informativi di supporto alla gestione di servizi sanitari", con specifico riferimento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale. Con tale progetto, che è in fase di attuazione, le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto un protocollo di intesa con il quale hanno dichiarato la propria disponibilità ad
adeguare i CUP aziendali alle indicazioni contenute nei documenti tecnici.
-**Circolare n. 1 del 19/07/2005 "Liste di Attesa"** con cui vengono suggeriti criteri e modalità per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria;
- **Nota circolare assessorile prot. n. 216050 del 28.03.06**, che in attuazione della D.G.R.C. n. 512 del 15.04.05, l'A.G.C. Piano Sanitario Regionale ha fornito alle ASL delle regole relativamente alla corretta modalità di compilazione della variabile "data di prenotazione da
compilare sulle SDO.
- **Legge n. 1 del 02/03/06** recante " Disposizioni per l'effettivo esercizio del diritto alla salute", nella quale sono state previste ulteriori interventi per ridurre ed eliminare progressivamente i tempi e le liste di attesa.

- le modalità di accesso alla prenotazione nel rispetto della libera scelta dell'utente(istituzionale, libero-professionale) e caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- tempi massimi garantiti a seconda della classe di priorità e del tipo di prestazione.

Al momento della richiesta di prenotazione: Informativa su tempi e liste di attesa per l'assistito

In accordo alla deliberazione n. 4061 del 7/9/2001 e alla legge n.724 del 23/12/94, è necessario garantire la trasparenza della gestione delle liste di attesa fornendo al cittadino tutte le informazioni utili.

Pertanto l'assistito, al momento della richiesta di prenotazione, deve essere informato su:

1) la libertà di scelta, per le prenotazioni in regime istituzionale, della:
- Data di prenotazione tra un insieme di date disponibili offerte dal sistema di prenotazione per quella specifica prestazione;
- Ambito territoriale/ Struttura erogatrice tra quelle disponibili per la prestazione richiesta;

2) dove si trova l'elenco aggiornato degli ambiti territoriali con le relative strutture erogatrici che sono obbligate ad assicurare il rispetto del tempo massimo e per quali prestazioni (es. siti web, farmacie, ambulatori, URP etc.);

3) il tempo massimo (espresso in giorni) stabilito dall'azienda/regione relativo alla prestazione richiesta ed alla classe di priorità;

4) la possibilità di modificare o annullare la prenotazione;

5) le modalità disponibili per richiedere la modifica o l'annullamento della prenotazione (es. mediante telefono, sportelli CUP, ambulatorio del medico, farmacia etc.);

6) l'obbligo dell'assistito di comunicare l'annullamento della prenotazione utilizzando una delle modalità del punto 6;

7) la precisazione che la data di prenotazione è la data prevista per l'erogazione della prestazione e non la data effettiva dell'erogazione della prestazione. Qualora la data di prenotazione non coincida con la data effettiva di erogazione, quest'ultima dovrà essere comunicata tempestivamente all'assistito;

8) In caso di superamento del tempo massimo l'assistito dovrà essere informato:
- sulle motivazioni che hanno determinato il superamento del tempo massimo;
- che gli è garantita comunque la prestazione senza ulteriori oneri economici;
- chi è il responsabile del procedimento (nominativo e telefono);

9) Informativa sulla privacy e sul rilascio del consenso per il trattamento dati mediante CUP.

Ad avvenuta prenotazione: Notifica scritta della prenotazione da rilasciare all'assistito

Dal D.lgs 124/98, all'art. 3, comma 10, emerge, relativamente al tempo massimo intercorrente tra la richiesta e l'erogazione delle prestazioni, che "di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione".

Pertanto, ciascun cittadino che richieda una prestazione presso tutti i centri di prenotazione delle Aziende Sanitarie e l'Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico Pascale dovrà ricevere per iscritto la notifica del tempo massimo relativo alla prenotazione nelle strutture erogatrici individuate dall'azienda.

URP e altri sportelli informativi

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per il suo specifico ruolo di interfaccia tra cittadini, direzioni sanitarie e servizi, può essere considerato una struttura particolarmente idonea per promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio. Il massimo sforzo dovrà essere impiegato per trasmettere informazioni ai cittadini riguardo al sistema complessivo dell'offerta e alla sua accessibilità, alle innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza.

Carta dei Servizi

Il D.P.C.M. del 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari" sottolinea l'importanza dell'informazione e della comunicazione al cittadino e la necessità di prestarvi un'adeguata attenzione.

Lo schema sopra citato si riporta alla legge del 7 agosto 1990, n. 241 («Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi») che ha dettato le nuove regole per i rapporti tra i cittadini e le amministrazioni, viste nel momento dell'esercizio di poteri autoritativi.

Il D.P.C.M. del 19 maggio 1995 è stato ripreso nella deliberazione n. 4061 del 7 settembre 2001, dove è evidenziata anche la necessità di offrire ai cittadini, singoli ed associati ed in modo costante e completo, una informazione generale delle diverse opzioni che l'intero sistema offre, nonché delle azioni di miglioramento della qualità che, ad ogni livello, vengono intraprese.

La «Carta» è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità e tempestività dei servizi erogati.

La Carta dei servizi, pertanto, deve indicare:

- quali prestazioni sanitarie eroga l'azienda sanitaria (ASL, AO, IRRCS e Policlinici universitari);
- con quali modalità di accesso eroga le suddette prestazioni,
- con quali tempi di attesa eroga le suddette prestazioni;
- quali sono i tempi massimi aziendali in base alle classi di priorità ed alle prestazioni richieste;
- quali ambiti territoriali/ strutture erogatrici devono rispettare i tempi massimi e per quali prestazioni;
- luoghi, giorni e orari di prenotazione presso ciascuna struttura erogatrice.

Internet e portali web

Il Ministero della Salute ha recentemente condotto un'indagine sull'utilizzo di internet per l'informazione ai cittadini in merito alle liste d'attesa ("*Rapporto nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi e liste di attesa nei siti Web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale*").

Dall'indagine fatta risulta una scarsa utilizzazione su tutto il territorio nazionale da parte delle Regioni, P.A. e strutture sanitarie del proprio sito Web, strumento che ha delle potenzialità enormi come mezzo di comunicazione e di informazione verso utenti ed operatori.

Pertanto, si ritiene necessario sostenere e potenziare l'utilizzo di internet su tutto il territorio regionale tenendo anche conto di quanto indicato nel Codice dell'Amministrazione digitale, pubblicato nel maggio 2005 e integrato nell'aprile 2006, ove si sottolinea l'importanza della accessibilità, usabilità ed elevata reperibilità come aspetti sinergici da considerare nella progettazione e realizzazione di siti istituzionali.
In particolare la Regione e le Aziende Sanitarie devono esporre sui propri portali web tutte le informazioni necessarie per i cittadini relative ai tempi e alle liste di attesa.
Nella DGRC 170/07 è stato predisposto l'elenco delle informazioni articolate in due parti, la prima inerente il portale regionale, e la seconda contenente le voci relative ai portali delle Aziende Sanitarie. Per ogni informazione è stato riportato un giudizio di rilevanza, distinguendo tra quelle considerate essenziali e quelle ritenute potenzialmente utili.
I portali dovranno obbligatoriamente contenere le informazioni di rilevanza essenziale riportate nella tabella sopra citata.

AZIONE 2: MESSA A REGIME DEL SISTEMA CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP)

Il Centro Unificato di Prenotazione (CUP) è un sistema informatizzato centralizzato di prenotazione di prestazioni sanitarie che consente di organizzare, con maggiore efficienza, le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle unità eroganti e di fornire informazioni ai cittadini.
I principi di politica sanitaria che esso introduce possono essere così riassunti:
- favorire una maggiore equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie disponibili;
- garantire la trasparenza delle modalità e dei criteri di accesso ai servizi;
- consentire l'integrazione delle risorse operanti in un determinato contesto organizzativo e/o territoriale.

Il Progetto regionale
La Regione Campania ha sviluppato sin dal 2001 un Piano strategico della Società dell'informazione che, approvato in sede nazionale e comunitaria, definisce le linee guida sia per lo sviluppo del sistema informativo dell'ente Regione, che più in generale della Regione Campania nel suo complesso. In tale contesto la Regione Campania vanta dei sicuri primati, come quello di aver realizzato un progetto che definisce un modello per lo sviluppo del "Sistema Pubblico di Interoperabilità per la Cooperazione applicativa della Campania" (SPICCA). Il tutto al fine di garantire la realizzazione di sistemi aperti interoperabili che consentono, secondo standard aperti non proprietari, la cooperazione e l'interscambio tra sistemi informativi di diversi Enti.
Nell'ambito di tale Progetto è stata sperimentata una prima applicazione basata sulla Cooperazione Applicativa in campo sanitario relativa alla fase di prenotazioni delle prestazioni sanitarie: con deliberazione della Giunta Regionale n. 3142 del 31.10.2003 è stato approvato il Piano della Regione Campania per lo sviluppo di sistemi informatici di supporto alla gestione di servizi sanitari: il CUP della Regione Campania.
In esecuzione del citato Progetto le Aziende della Regione Campania hanno quasi tutte provveduto a potenziare ed adattare i propri CUP per renderli disponibili nella Rete della Regione Campania in modalità WEB secondo standard predefiniti.
E' stata completata ed è in fase di collaudo l'infrastruttura tecnologica ed applicativa del nodo regionale centrale (sempre facente parte del Progetto in parola) il cui ruolo è quello di garantire l'integrazione, la cooperazione e l'interscambio in modo efficace ed efficiente

dei Sistemi CUP delle diverse Aziende e che consentirà la prenotazione delle prestazioni anche attraverso un CUP Unico Regionale**.**
Con il citato modello i Cup delle Aziende continueranno ad avere, giustamente, la diretta responsabilità sui dati e sui servizi erogati.
Inoltre, il sistema consentirà alle AA.SS.LL. ed alle AA.OO. della Regione di operare in maniera federata, consentendo agli utenti di ogni Ente, nel rispetto dei propri ruoli, di fruire dei servizi applicativi messi a disposizione dai sistemi informativi di tutte le strutture della Regione. Ciò implica che il sistema è già predisposto per essere utilizzato da qualsiasi attore che entri a far parte della federazione e quindi nell'arco del tempo, anche in base al risultato di eventuali tavoli di concertazione, potranno sottoscriversi al CUP Unico Regionale anche i MMG/PLS e le farmacie.
In questa prima fase di sperimentazione saranno garantite con il CUP Unico Regionale le prenotazioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Successivamente, partendo dai risultati ottenuti nella fase di sperimentazione e l'attività già programmata, si passerà ad una seconda fase in cui si estenderà il Progetto anche alle prestazioni di ricovero ordinario e diurno.
Per assicurare che il Centro Unico Regionale di Prenotazione consegua l'obiettivo di "riduzione delle liste di attesa" è in fase di attuazione un sistema di governance centralizzato.
Un primo dispositivo del sistema di governance è l'Accordo di Gestione che rappresenta una intesa tra la Regione Campania e le 13 Aziende Sanitarie Locali, le 8 Aziende Ospedaliere, le 2 Aziende Ospedaliere Universitarie e l'Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico operanti nel territorio della Regione Campania, finalizzato a regolamentare i rapporti e le norme di comportamento nella gestione del Centro Unico Regionale di Prenotazione.
Un secondo dispositivo è rappresentato da una struttura unica di coordinamento e di collaborazione tra i diversi soggetti coinvolti attraverso uno stabile organismo di confronto, coordinamento e collaborazione denominato "Cabina di Regia del Cup Regionale" (CRCR).
A supporto di tale struttura, si dovranno progettare e realizzare degli strumenti automatici di analisi dei dati che permetteranno di analizzare le interazioni ed il contesto per costruire modelli e strumenti di supporto alle decisioni. Ad esempio, rilevazione delle liste di attesa per Ambiti Territoriali, risoluzione delle problematiche legate alle "prenotazioni multiple" ed altre.

MONITORAGGIO DELLE AZIONI INDIVIDUATE

Al fine di rilevare, analizzare e valutare puntualmente l'efficacia delle azioni poste in essere, le Aziende sanitarie, unitamente ai rappresentanti della Medicina Generale, della Medicina Specialistica ambulatoriale ed ospedaliera e delle associazioni dei consumatori e degli utenti saranno direttamente coinvolte nelle attività di monitoraggio già previste dalla DGRC 170/07 (Monitoraggio di Sistema e Monitoraggio delle Liste di Attesa).
Gli uffici regionali dovranno verificare il rispetto degli impegni assunti nei singoli programmi.

RISULTATI ATTESI

La realizzazione del progetto consente il conseguimento dei seguenti risultati:

- ✓ maggiore trasparenza ed efficacia del sistema sanitario tramite il corretto utilizzo delle modalità di comunicazione in relazione al destinatario (cittadino, associazioni

di utenti, medici di MG, PLS, specialisti, altri operatori sanitari) e la completezza delle informazioni sulla tematica dei tempi di attesa e del relativo sistema di governo;

- ✓ miglioramento dell'accessibilità al sistema dell'offerta, in termini di facilità di prenotazione, orari, rispetto dei tempi, dislocazione delle strutture erogatrici;
- ✓ riconoscimento e effettivo esercizio da parte dei cittadini/utenti del diritto a ricevere una informazione generale, costante, attendibile ed aggiornata del sistema di offerta nonché delle azioni di miglioramento della qualità che, ad ogni livello, vengono intraprese.
- ✓ integrazione, cooperazione ed interscambio efficace ed efficiente dei Sistemi CUP delle diverse Aziende tale da consentire la prenotazione delle prestazioni anche attraverso un CUP Unico Regionale**.**
- ✓ messa in rete delle strutture erogatrici delle prestazioni con possibilità di utilizzo del sistema da parte di altri attori che entrino a far parte della federazione (MMG/PLS e le farmacie).
- ✓ attivazione di modelli e strumenti di supporto alle decisioni per monitorare le liste di attesa in seguito all'attivazione del Centro Unico di Prenotazione Regionale.

INDICATORI DI RISULTATO

Anno 2008
n. di piani di comunicazione aziendale predisposti: 80%
URP attivati: 80%
Carte dei Servizi aggiornate: 80%
portali web aggiornati: 80%
n. di CUP aziendali federati al Centro Unico di Prenotazione Regionale con relativo offering esposto: 80%

Anno 2009
n. di piani di comunicazione aziendale predisposti: 100%
URP attivati: 100%
Carte dei Servizi aggiornate: 100%
portali web aggiornati: 100%
n. di CUP aziendali federati al Centro Unico di Prenotazione Regionale con relativo offering esposto: 100%
n. di modelli di supporto alle decisioni attivati per il CUP Regionale: 80%

PIANO ECONOMICO FINANZIARIO - Linea progettuale 6: Tempi di attesa

Risorse vincolate per il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa, a valere sui fondi di cui all'art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/1996 – ANNO 2007

Risorse assegnate: €14.921.202 di cui: €4.973.734 per le attività di messa in rete sia a livello locale che regionale delle strutture di erogazione delle prestazioni e di tutto quanto previsto per il completamento dell'Azione 2 del progetto.
si a livello locale che regionale di tutte le strutture di erogazione delle prestazioni.

La restante somma sarà utilizzata per il potenziamento delle azioni di comunicazione e di informazione e per la realizzazione di un progetto di formazione dedicato agli operatori dei CCUUPP, del Centro Unico di Prenotazione Regionale, dei front-office delle Aziende e per i componenti dei già costituiti Nuclei Operativi di Controllo Aziendali per l'Appropriatezza prescrittiva di cui alla DGRC n. 1935 del 9 novembre 2007.

Risorse vincolate per il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa, a valere sui fondi di cui all'art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/1996 – ANNO 2008

Risorse assegnate: €14.921.202 di cui: €4.973.734 per la prosecuzione delle attività di messa in rete sia a livello locale che regionale delle strutture di erogazione delle prestazioni e di tutto quanto previsto per il completamento dell'Azione 2 del progetto.
La restante somma sarà utilizzata per la prosecuzione delle azioni già intraprese di comunicazione e di informazione e per la realizzazione di un progetto di formazione dedicato agli operatori dei CCUUPP, del Centro Unico di Prenotazione Regionale, dei front-office delle Aziende e per i componenti dei già costituiti Nuclei Operativi di Controllo Aziendali per l'Ap

Allegato R

TITOLO DEL PROGETTO:

"POTENZIAMENTO DELLA RETE DELLE CURE ONCOLOGICHE DOMICILIARI"

Linea progettuale 7 –

Referente: Regione Campania

I contenuti del presente documento si basano sulle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, sul Piano Oncologico D.M. 26/05/2004, sulle Linee Guida sull'assistenza oncologica domiciliare, licenziate dalla G.R. della Campania con provvedimento n° 1098 del 22/06/2007 e sulla D.G.R. n° 287 del 15/02/2008 e sul Piano di Prevenzione Nazionale.

A seguito della necessità sottolineata dal PSN 2006 -2008 di promuovere le cure primarie in ambito oncologico domiciliare, fondate sull'integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti, pur appartenenti ad unità operative diverse e/o a diversi livelli gestionali del SSN, la Regione Campania, al fine di raggiungere tali obiettivi si è dotata della *rete dell'assistenza oncologica domiciliare.*

Tale rete, già dal giugno 2007, superando il concetto di offerta di salute "a prestazione", persegue l'obiettivo di una presa in carico totale del paziente oncologico.

La rete vede coinvolte il 100% delle AA.SS.LL. della Campania con il coinvolgimento, previo apposito accordo, tra ASL e Aziende Ospedaliere oppure Distretto e Presidio Ospedaliero della stessa ASL, perseguendo così il cammino di un'integrazione totale tra ospedale e territorio. Altresì al medico di medicina generale è appostata la responsabilità clinica diretta per il paziente oncologico. Questi si relaziona al medico oncologo che è e rimane il referente per la continuità delle cure, con Referente del distretto che coordina l'Unità di Cura Domiciliare Oncologica e con tutte le altre figure professionali coinvolte nella rete.

Nel solo I semestre 2008 sono stati erogati complessivamente n°19659 giornate di assistenza cure oncologiche a domicilio.

La complessità di tale rete in relazione alla complessità della domanda di salute dei pazienti oncologici, com'è facile intuire, richiede un notevole sforzo a tutt'oggi sostenuto esclusivamente dalle Aziende Sanitarie.

Il concetto moderno di rete di cure domiciliari prevede, affinchè sia efficace ed efficiente, il superamento delle barriere costituite dagli ambiti sanitari (distretti, presidi ospedalieri etc).

OBIETTIVO

Con il presente progetto si intende:

1) Migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare ai malati oncologici, attraverso la creazione e/o il potenziamento, nel caso siano già esistenti, di **patti d'intesa** tra strutture del sistema sanitario nazionale che insistano su territori di ASL differenti. Per implementare i protocolli di intesa e o loro potenziamento tra Aziende sanitarie differenti (ospedaliere o territoriali) il presente progetto intende supportare le aziende nel potenziare quei servizi resi a malati oncologici seguiti a domicilio , in quelle zone ove, sia per motivi logistici (difficoltà socio-abitative contestualizzate al sito geografico su cui insistono), o per motivi meramente legati a procedure amministrative vincolate all'appartenenza a questa o a quella azienda sanitaria, spesso hanno difficoltà ad offrire un "pacchetto" di prestazioni e presidi sanitari completo, senza dover ricorrere ad una ospedalizzazione spesso inappropriata. I fondi ottenuti serviranno in parte alla costituzione di **tasks-forces** all'uopo create, previa condivisione programmatica sancita con atti di intesa tra i Direttori Generali delle Aziende che vi partecipano, all'inizio su territori campione individuati dall'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, a competenza e partecipazione mista tra 2 aziende limitrofe, aventi i mezzi a disposizione e compiti da svolgere, tali da fungere da "cerniera" sanitaria tra distretti di ASDL differenti per la cura del pz. oncologico a domicilio.

2) Creare – ove si renda necessario e sia possibile – le **Unità di Cure Intermedie** (snelle e piccole strutture che potrebbero costituire, per il malato oncologico deospedalizzato, facilitazione di accesso alle cure, ove non sia stato possibile realizzare l'assistenza domiciliare e/o nel caso in cui il "peso" delle prestazioni erogate sia tale da non poter essere eseguito a domicilio, ma che altresì non necessiti di ricovero ospedaliero – MINI CASA DELLA SALUTE PER PAZIENTI ONCOLOGICO. Per creazione di una MINI CASA DELLA SALUTE PER PAZIENTI ONCOLOGICO si intende che con parte dei fondi stanziati, si andrebbero ad attivare, in siti individuati dai referenti regionali e del CRPO della Rete delle cure oncologiche domiciliari della Regione Campania in cooperazione con i Direttori Generali di tutte e 13 le ASL, nelle strutture (di 2-4 posti letto) ove poter eseguire in sicurezza (in regime di DH o di osservazione breve ½ giorni) quelle pratiche terapeutiche che le cure oncologiche richiedono, ove esse, per le leggi vigenti , non siano possibili di erogazione a domicilio, ma che necessitando di tempi e risorse di presidi minimi non rendano necessario il ricorso all'ospedalizzazione che farebbe lievitare ancor più il già oneroso capitolo di queste cure; o nel caso in cui la situazione del care-giver non sia tale da fornire le garanzie sufficientemente necessarie.

TEMPI

3 anni

COSTI

7 milioni di Euro

INDICATORI DI RISULTATO (annuali)

1) n° patti d'intesa sottoscritti tra Aziende Sanitarie
2) applicazione di appositi indicatori miranti a valutare la diminuzione del disagio globale del malato oncologico curato a domicilio (all'uopo identificati)
3) n° di Strutture intermedie create in ambito regionale *.

RENDICONTAZIONE

annua

* esclusivamente per il solo punto 3) si prevede la rendicontazione triennale alla scadenza del progetto.

Allegato S

PROGETTO

Potenziamento della rete integrata Ospedale –territori nella Regione Campania per la prevenzione e terapia delle MST/HIV negli immigrati stranieri.

Linea progettuale 7 –

Referente: Regione Campania

Strutture partecipanti:

Assessorato Regionale alla Sanità

Cerifarc

Ambulatori ASL territorio Napoli e provincia

Ospedale Cotugno , Centro di Riferimento Regionale per le malattie infettive

BACKGROUND

L' OMS , nel corso della conferenza sulla salute e sicurezza umana al Cairo nel 2002, ha evidenziato che la povertà è la base di molte malattie che hanno effetti devastanti sullo sviluppo

economico dei paesi. L'investimento , quindi , sulla salute dei popoli è la " Key " per intervenire su questa stretta correlazione salute → economia.

Nei confronti della popolazione immigrata , nel rispetto dei suggerimenti internazionali dell'OMS , l'Italia e la Regiona Campania hanno inteso agire in ambito sanitario con una serie di programmi che garantiscono equità di trattamento e accesso a tutti i trattamenti sanitari necessari.

La Regione Campania intende proporre azioni specifiche , altamente qualificate , per la prevenzione delle malattie infettive e sessualmente trasmesse , individuando una rete interattiva tra territori e Centri ospedalieri di riferimento per tali patologie.

In questo contesto di riferimento si colloca il presente Progetto rivolto a tutti gli extracomunitari presenti nel territorio di Napoli e provincia .

Le malattie infettive rappresentano , statisticamente , una percentuale oscillante tra il 5-10% del totale e , tra esse , alcune sono infezioni sessualmente trasmesse. Tuttavia occorre tener conto che la popolazione degli immigrati è altamente eterogenea per etnia , cultura , religione e tradizioni oltre che per patologie.

In queste popolazioni l'incidenza ed il trend epidemiologico sono diversi :

- La sifilide è in aumento
- I casi di infezione da HIV/AIDS sono stabili
- Le epatiti virali sono in aumento
- La TBC è in aumento

Pertanto una corretta politica sanitaria di accoglienza nel paese di immigrazione è fondamentale non solo per la vita dell'immigrato ma anche per la salute delle persone che vivono a contatto nel paese ospite.

ORGANIZZAZIONE

Attivazione ambulatori per prevenzione delle MST negli immigrati non regolari con l'offrta dei seguenti servizi :

- ✓ Diagnosi e cura delle malattie infettive secondo protocolli diagnostici e terapeutici prodotti da una Commissione di esperti nominati dall'Assessorato regionale alla Sanità
- ✓ Test tubercolinico secondo Mantoux (screening di massa)
- ✓ Test quantiferon in ELISpot (per TBC latente) da eseguirsi presso Centro di Immunologia dell'Ospedale di riferimento per le malattie infettive.
- ✓ Rx Torace , nei soggetti positivi alla Mantoux
- ✓ Marcatori virali epatitici (HBsAg , HCV Ab)
- ✓ Eventuali tests di approfondimento nei positivi (HBV DNA , HDV RNA , HCV RNA e genotipi) nei positivi (da eseguirsi presso Servizi di virologia dell'Ospedale di Riferimento)
- ✓ Tests parassitologici e batteriologici
- ✓ Vaccinazioni secondo calendari vigenti
- ✓ Test per HIV presso Centro di Screening Cotugno
- ✓ Valutazioni immunologiche specifiche presso Immunologia Cotugno nei soggetti AIDS conclamati
- ✓ Prescrizione di farmaci in accordo alla Circolare 16/2000.
- ✓

Altri servizi previsti :

- ➢ Attività di medicina di base
- ➢ Collaborazione tra ambulatori territoriali ed ospedali di riferimento relativamente a immunologia , dermatologia e malattie infettive
- ➢ Collaborazione con i Ser.T
- ➢ Collaborazione con il volontariato

METODOLOGIA

- **Protocollo di intesa tra le diverse categorie professionali coinvolte e la Regione Campania relativamente al progetto in oggetto.**

- **Predisposizione di materiale informativo da parte del Cerifarc per le infezioni da HIV e da parte dell'Assessorato Regionale alla Sanità per le vaccinazioni e altri sistemi di prevenzione per le MST.**

MANAGEMENT SPECIFICO

MST : diagnosi e terapia

Epatiti : diagnosi virologica e prescrizione , nei casi indicati , di terapia antivirale

Infezioni da HIV : analisi immunologiche e terapia antiretrovirale in collaborazione con Centro ospedaliero di riferimento . Tests di resistenza

Counselling : sempre in associazione alla visita medica

L'organizzazione degli Ambulatori deve prevedere ::

- Allocazione nelle aree di maggiore concentrazione degli immigrati
- Medici infettivologi e psicologi / psichiatri
- Infermieri , mediatori culturali dei gruppi etnici più rappresentati

OBIETTIVI GENERALI

a. Migliorare il rapporto tra equipe medica ed immigrati
b. Ridurre i comportamenti a rischio
c. Analisi dei risultati raggiunti
d. Adozione scheda dati (Allegata)

INDICATORI GENERALI

- **Migliore aderenza agli schemi terapeutici**
- **Migliore aderenza al follow-up**
- **Guarigione clinica**
- **Preparazione di un modello organizzativo da estendere anche ad altre realià mediche regionali**

INDICATORI DI ATTIVITA'

- **Numero di strutture realizzate**
- **Numero di operatori coinvolti**
- **Numero di incontri formativi**

INDICATORI DI ESITO

- **Valutazione degli interventi relativi ai corsi di formazione**
- **Valutazione degli interventi rivolti al miglioramento diagnostico**

INDICATORI DI CONSENSO

- **Valutazione del grado di consenso da parte degli operatori relativamente al processo (Scheda di valutazione)**
- **Valutazione del grado di consenso da parte dei pazienti mediante scheda di valutazione.**

RISORSE UMANE

Medici specialisti in malattie infettive , pneumologia e psichiatria

Psicologi

Personale parasanitario

Mediatori culturali

Esperti di informatica e statistica

DURATA del PROGETTO : tre anni

STRUMENTI

- ✓ **Focus group**
- ✓ **Sito web**
- ✓ **Algoritmi diagnostico-terapeutici**
- ✓ **Materiale cartaceo informativo**

COSTO DEL PROGETTO : 7 milioni di Euro

- **Realizzazione ambulatori**
- **Corsi di formazione**
- **Ingaggio personale**
- **Stampa materiale cartaceo**

TEMPI DI ATTIVITA'

I anno

Fasi preliminari del progetto

Costituzione della rete ambulatoriale ingaggio personale in integrazione a quello presente

Corsi di formazione

Sensibilizzazione pubblica

II e III ANNO

Attuazione del progetto

Screening con offerta nuovi tests diagnostici

Elaborazione dati → raccolta schede

Applicazioni dei percorsi di prevenzione e degli algoritmi diagnostico-terapeutici

Allegato T

1. **Titolo del progetto**
   REALIZZAZIONE DI UNA LISTA DI ATTIVITA' UNICA E DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO PER IL CONTROLLO DI GESTIONE PER I DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE DELLE AA.SS.LL. DELLA CAMPANIA

2. **Linea progettuale nella quale il progetto si colloca**
   Linea 7 : linee progettuali individuabili dalle singole Regioni

3. **Referente**
   SETTORE ASSISTENZA SANITARIA

   SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA

4. **Durata del progetto**
   Biennale

5. **Aspetti Finanziari**
   La spesa stimata per la realizzazione del progetto è di Euro 500.000,00

6. **Impianto progettuale (sintesi del contenuto del progetto)**

Anche alla luce delle recenti emergenze ambientali e nel campo della sicurezza negli ambienti di lavoro, è necessario ripensare al ruolo ed alle funzioni dei Dipartimenti di Prevenzione in seno al Servizio Sanitario Regionale riqualificandone l'impegno attraverso la creazione di un oggettivo ed uniforme sistema di intervento e di monitoraggio dei compiti istituzionali di competenza. Il progetto, che di seguito si esplicita, prevede, pertanto, come obiettivi :

a) identificazione di una lista di attività di pertinenza dei Dipartimenti di Prevenzione e delle relative procedure di svolgimento pur nella salvaguardia delle specificità di territorio
b) costruzione di un flusso informativo unico per tutti i Dipartimenti, in base al quale poter dimensionare costi e necessità di risorse umane e strumentali
c) sperimentazione per alcune attività di elevato valore e di scarsa diffusione di sportelli unici provinciali o regionale

6.1. Contesto (Motivazioni del progetto; ambito di intervento; criticità da superare: valenza sanitaria dei risultati ottenibili)

L'art. 7 del D. Lgs. 30.12.1992 n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992 n. 421*" prevedeva l'istituzione in ogni Azienda Sanitaria Locale di un Dipartimento di Prevenzione. Tale articolo - secondo il testo integrato

dalle modifiche apportate dal D. Lgs. 7.12.1993 n. 517 di pari oggetto – recita che a tale Dipartimento "*sono attribuite le funzioni svolte dai servizi delle Unità Sanitarie Locali ai sensi degli articoli 16, 20 e 21 della L. 23 dicembre 1978 n. 833*".

In esecuzione di tale dettato legislativo, la Regione Campania con la Legge 3 novembre 1994 n. 32 di Riordino del Servizio Sanitario Regionale, disciplinava all'art. 12 la costituzione del Dipartimento di Prevenzione in ognuna delle 13 AA.SS.LL. individuate sul territorio regionale. Tale Legge ha inoltre statuito che il Dipartimento di Prevenzione :

a) presiede alle attività ed alle prestazioni previste nel livello di assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (così come individuate all'art.6 commi 3 e 4)
b) è dotato di autonomia organizzativa, nei limiti previsti dai regolamenti interni
c) è articolato in 8 servizi centrali, come di seguito indicati :

- Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
- Servizio Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL)
- Servizio Igiene e medicina del lavoro (SIML)
- Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN)
- Servizio Epidemiologia e Prevenzione (SEP)
- Servizio Veterinario della sanità animale (SvetA)
- Servizio Veterinario dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di origine animale (SvetB)
- Servizio Veterinario dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SvetC)

d) dispone di un budget assegnato al responsabile del Dipartimento
e) svolge, attraverso i servizi centrali, funzioni centrali di programmazione, coordinamento tecnico e controllo e, attraverso le strutture distrettuali, funzioni più squisitamente operative
f) assicura le funzioni operative distrettuali attraverso le Unità Operative di Prevenzione Collettiva (UU.OO.PP.CC.), le Unità Operative Veterinarie (UU.OO.VV.) e le Unità Operative Prevenzione nei luoghi di lavoro (UU.OO.PP.LL.LL.)

Con tale provvedimento normativo, la Regione Campania ha inteso, da un lato, dare maggiore rilevanza ad alcune attività - elevando, ad esempio, a rango di Servizio, le attività di epidemiologia e prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative ovvero disaggregando le attività veterinarie in 3 diversi servizi - e dall'altro ha inaugurato un percorso misto verticale/orizzontale con la creazione di UU.OO. che funzionalmente (e cioè per competenze istituzionali assicurate) rispondono al Dipartimento di Prevenzione secondo un modello verticale e operativamente sono inserite nell'area di pertinenza territoriale di ogni Distretto Sanitario secondo un modello orizzontale.

Al tempo stesso, accennando alla valenza dei regolamenti interni, la Legge ha offerto ulteriore elasticità di configurazione ai Dipartimenti di Prevenzione, comunque nei limiti previsti dal citato art. 12, in seno alla singola ASL.

Successivamente, in occasione della stesura del Piano Sanitario Regionale, avvenuto in data 20 giugno 2002, la Regione Campania ha ribadito che l'articolazione aziendale che deve promuovere la strategia di prevenzione della ASL è il Dipartimento di Prevenzione, "che realizza – cita il testo approvato - tali compiti attraverso strutture funzionalmente riferibili a quattro aree (Igiene Pubblica; Igiene degli Alimenti; Veterinaria; Igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro) interconnesse tra loro, anche grazie al collante metodologico dell'epidemiologia, come disciplina operativa di raccolta, elaborazione e ricaduta operativa di dati ed informazioni". " Il Dipartimento di Prevenzione – è ancora riportato nel PSR - è la struttura operativa aziendale che propone le strategie di

prevenzione della ASL e sviluppa le iniziative atte a garantire la tutela della salute collettiva". In particolare si propone di " rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale, in tutte le realtà in cui la salute pubblica è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa".

I 13 Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. campane hanno svolto il proprio compito tra molteplici difficoltà, generate, anche, dalla diversa articolazione organizzativa definita dagli atti aziendali delle singole ASL, che ha reso spesso difficilmente confrontabile l'attività svolta in diverse Aziende Sanitarie pur per la stessa fattispecie. Proprio per far fronte a questa esigenza,

diffusamente avvertita a livello locale e rappresentata a livello delle strutture regionali sanitarie, la Regione Campania, con Decreto dell' Assessore alla Sanità della Giunta Regionale della Campania n. 517 del 13.12.2007 , ha istituito il tavolo di coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione con la finalità di perseguire un miglioramento ed una omogeneizzazione delle modalità e dei livelli qualitativi e quantitativi dei Dipartimenti di Prevenzione con particolare riguardo alle attività dei Servizi Igiene e Medicina del Lavoro (SIML) e dei Servizi Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPSAL) nonché di tutte le funzioni che attengono alla tutela della salute dei lavoratori ed alla sicurezza dei luoghi di lavoro. Questo ulteriore sforzo compiuto dalla Regione Campania risulta ancora più valido e concreto se lo si rapporta alle recenti norme, in via di pubblicazione sulla G.U., relative ai LEA, che richiederanno ai Dipartimenti di Prevenzione, ed in particolare ai SIAN (Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) un particolare impegno.

La primissima fase di ricognizione avviata dalla Regione Campania a seguito del succitato Decreto 517 ha evidenziato la carenza nei diversi Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. di comuni procedure per lo svolgimento delle attività istituzionali di pertinenza nonché di un sistema informativo condiviso, che non consentono ai Dipartimenti di Prevenzione di documentare e valorizzare in maniera puntuale ed oggettiva il lavoro svolto, a differenza di quanto avviene, ad esempio, negli ospedali con i DRG e mette a rischio il sistema di negoziazione delle risorse.

6.2. Obiettivi e risultati attesi (obiettivo complessivo del programma, risultati attesi e relativi indicatori)

Alla luce di quanto sopra riportato - e tenuto conto anche delle recenti emergenze ambientali e nel campo della sicurezza negli ambienti di lavoro, che hanno richiesto ai Dipartimenti di Prevenzione un notevole impegno a fronte del quale, per la mancanza appunto di flussi informativi predeterminati e linee di indirizzo condivise, non vi è possibilità oggettiva di contestualizzare in un sistema graduato di pesi e responsabilità il rapporto tra risorse impegnate e risorse necessarie né, tantomeno, il grado di effettiva soddisfazione da parte dell'utenza - si propone il presente progetto che ha come obiettivi :

a) identificazione di una lista di attività di pertinenza dei Dipartimenti di Prevenzione e delle relative procedure di svolgimento pur nella salvaguardia delle specificità di territorio ;

b) costruzione di un flusso informativo unico per tutti i Dipartimenti, in base al quale poter dimensionare costi e necessità di risorse umane e strumentali;
c) sperimentazione per alcune attività di elevato valore e di scarsa diffusione di sportelli unici provinciali o regionale :
La realizzazione di questi obiettivi consentirà, tra l'altro, :

1. di addivenire alla realizzazione di linee guida regionali per lo svolgimento delle attività di competenza
2. di avere gli elementi necessari per la negoziazione, a livello di ASL ed a livello regionale, del 5% del fondo sanitario regionale da destinare alle attività di prevenzione
3. di incanalare il controllo delle attività svolte dai Dipartimenti di Prevenzione secondo l'attuale organizzazione dell' Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria ovvero di proporre una diversa organizzazione della supervisione su queste attività attraverso la creazione di una struttura ad hoc

Gli indicatori utilizzabili sono i seguenti :

a) di processo :
- N. incontri del gruppo tecnico

- N. incontri con i singoli Dipartimenti di Prevenzione

- N. procedure attuali prese in esame

- N. incontri di presentazione del lavoro svolto agli operatori

- N. ore di formazione per l'illustrazione della lista delle attività

- N. ore di formazione per l'illustrazione della griglia informatizzata

b) di risultato :

- Redazione della lista delle attività

- Redazione, laddove prevedibile, del diagramma di flusso per attività

- Realizzazione della griglia informatizzata

- Sperimentazione del sistema di Controllo di Gestione

6.3. Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori

Al fine di dare la massima pubblicizzazione tra gli operatori e all'utenza sui risultati raggiunti si prevede di utilizzare una strategia che prevede :

1. Divulgazione di libretti informativi tra il personale con indicazione delle liste di attività e dei diagrammi di flusso
2. Locandine presso le strutture sanitarie afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione con indicazioni all'utenza per il miglior accesso alle prestazioni erogate dagli stessi Dipartimenti nonché anche per monitorarne i tempi di esecuzione
3. Inserimento di notizie ed informazioni specifiche nei siti web delle AA.SS.LL.
4. Collaborazione con gli URP aziendali, in particolare per quanto concerne la realizzazione dello sportello unico

6.4. Articolazione del progetto (piano operativo del progetto, con la precisazione delle azioni e delle attività da svolgersi, tempi di svolgimento e soggetti coinvolti)

Per quanto concerne l'identificazione della lista di attività :

A) Creazione di un gruppo tecnico composto da 1 rappresentante per provincia per ognuna delle 4 aree del Dipartimento
B) Analisi preliminare della situazione attuale sulla scorta di griglie predeterminate dal gruppo tecnico
C) Identificazione dei punti di convergenza e divergenza e ricerca delle motivazioni alla base delle divergenze
D) Analisi della normativa vigente e delle competenze che da questa discendono a carico dei Dipartimenti di Prevenzione
E) Analisi della situazione esistente nelle altre regioni in materia al fine di valutare punti di forza e di criticità
F) Identificazione delle attività di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione e loro attribuzione totale o parziale alle varie Aree
G) Identificazione per ogni attività del diagramma di flusso
H) Valutazione dei tempi attuali di svolgimento delle attività e proposizione di tempi medi di svolgimento, al netto dell' intervento di strutture terze
I) Applicazione dei tempi medi alle singole realtà di ASL e valutazione dei tempi di scostamento
J) Valutazione dei costi attuali delle attività, del costo medio nonché degli elementi che possono favorire una migliore economicità delle attività a parità della qualità del risultato
K) Definizione di una lista di attività e dei relativi prodotti con contemporanea identificazione, laddove possibile, di indicatori di efficacia, efficienza ed economicità

Per quanto concerne la costruzione di un flusso informativo unico:

A) Creazione , sulla scorta della lista di attività e prodotti nonché dei tempi medi di realizzazione e del costo medio, di una griglia informatizzata, con precise cadenze di aggiornamento, che consenta la standardizzazione dei processi nell'ottica della qualità, della appropriatezza e della confrontabilità nonché della misurabilità dei costi
B) Adozione della griglia come sistema di controllo di gestione a livello regionale delle attività svolte dai Dipartimenti di Prevenzione, in funzione soprattutto di un confronto migliorativo tra Dipartimenti

Per quanto concerne la sperimentazione di sportelli unici provinciali o regionale:

A) Identificazione di attività ad elevato valore intrinseco e di scarsa diffusione sul territorio per le quali, peraltro, siano richiesti specifici supporti analitici di tipo strumentale
B) Valutazione della concentrazione di competenze di pertinenza a livello provinciale o regionale
C) Definizione dei percorsi di svolgimento amministrativo, sanitario e tecnico
D) Valutazione della convenienza per gli attori e gli utenti in una logica di efficienza e economicità

Tutti gli obiettivi prefigurano anche una attività di formazione capillare tra il personale dei Dipartimenti di Prevenzione finalizzato alla massima adesione e condivisione della logica che sottende la configurazione operativa che si intende realizzare nonché alla acquisizione della competenza informatica minima per poter utilizzare il sistema adottato